# Załącznik nr 2

# „Za Niezależnym Życiem”

# Założenia dla projektów ustaw dla Nowego Systemu Wsparcia osób z niepełnosprawnościami

Wersja 3.0, po konsultacjach społecznych.

Sprawdź, proszę, aktualną wersję na <http://konwencja.org/>

Planując Nowy System Wsparcia, przyjmujemy, że będzie on wdrażał ideę niezależnego życia oraz pozostałe postanowienia Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami, w tym zasady równości i dostępności. Zakładamy, że Nowy System Wsparcia będzie wymagał nowych regulacji, w tym nowych ustaw. Najważniejsza z nich będzie zawierała stosunkowo niewiele regulacji, wyłącznie te, które są związane tylko z niepełnosprawnością. Celem jest, by prawa osób z niepełnosprawnościami były zawarte w przepisach dotyczących wszystkich osób, a nie skupione w ustawie wyłącznie im dedykowanej. Na przykład – prawo do edukacji: w ustawie Prawo oświatowe oraz ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym, prawo do pracy: w Kodeksie pracy oraz w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, wczesna prewencja i zapewnienie skutecznych mechanizmów reagowania na przemoc: w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Dla realizacji Nowego Systemu Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami potrzebne są następujące ustawy:

1. Ustawa o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami – zawierająca regulacje związane wyłącznie z niepełnosprawnością, a dla których nie ma miejsca w przepisach „ogólnych”. Celem nowej ustawy jest zapewnienie praw zgodnych z Konwencją o prawach osób z niepełnosprawnościami. Technicznie zastąpi ona ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (dalej: „ustawa o rehabilitacji…” – redagując na nowo niektóre regulacje oraz przenosząc zapisy dotyczące praw do ustaw „ogólnych” jak Kodeks pracy czy ustawa o pomocy społecznej.
2. Ustawa przepisy wprowadzające ustawę o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz o zmianie innych ustaw wdrażających Konwencję o prawach osób z niepełnosprawnościami   
   – nowelizacja ustaw wertykalnych dotyczących wszystkich osób (edukacja, praca, transport, informacja itd.) oraz zawierająca przepisy przejściowe.
3. Ustawa o dostępności – jako osobna regulacja, gdyż dotyczyć będzie ona wszystkich osób, które mogą napotkać bariery, a nie tylko osób z niepełnosprawnościami, przez co nie można tej kwestii uwzględnić w ustawie o prawach osób z niepełnosprawnościami.
4. Ustawa wyrażająca zgodę ma ratyfikację przez Prezydenta RP Protokołu Fakultatywnego do Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami   
   – „techniczna” ustawa służąca ratyfikacji Protokołu Fakultatywnego; wcześniej Rząd powinien podpisać Protokół Fakultatywny (obecnie Polska ani nie podpisała, ani nie ratyfikowała Protokołu Fakultatywnego).

Niniejsze przedsięwzięcie to próba nadania kierunku debacie publicznej i oddziaływania na proces stanowienia prawa, zgodnie z Konwencją ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami.

## Konsultacje społeczne

Niniejsze Założenia zostały opracowane przez przedstawicielki i przedstawicieli środowiska osób z niepełnosprawnościami (procedura i szczegóły na <http://konwencja.org/>). Kolejnym krokiem było poddanie ich szerokim konsultacjom społecznym.

Założenia dla Nowego Systemu Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami były konsultowane podczas Konwentów Regionalnych w 14 województwach od czerwca do października br., a następnie podczas III Kongresu Osób z Niepełnosprawnościami 25 października 2017 r. w Warszawie. Informacja o Kongresie i Konwentach Regionalnych znajduje się na stronie <http://konwencja.org/>

Oprócz tego odbywały się konsultacje społeczne przez kanały elektroniczne przez blisko 3 miesiące.

Sposoby przekazywania uwag w ramach konsultacji społecznych:

* Udział w Konwentach Regionalnych Osób z Niepełnosprawnościami.
* Udział w III Kongresie Osób z Niepełnosprawnościami.
* Przez stronę: <http://konwencja.org/>
* Przez Facebook: Prawa osób z niepełnosprawnościami.
* Mejlem na adres: [kongres@konwencja.org](mailto:kongres@konwencja.org)

Niniejsza wersja dokumentu uwzględnia uwagi zgłoszone w ramach konsultacji społecznych.

## Ustawa o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami

1. Preambuła.
2. Za osobę z niepełnosprawnością uznać należy osobę, która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać jej pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami   
   – zgodnie z art. 1 Konwencji.
3. Definicje zgodne z Konwencją:
   1. Bariera.
   2. Niezależne życie.
   3. Dostępność.
   4. Uniwersalne projektowanie.
   5. Racjonalne dostosowanie.
   6. Włączenie społeczne.
4. Orzecznictwo:
   1. Podstawowymi celami orzecznictwa są:
      1. Zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami realizacji ich praw człowieka.
      2. Umożliwienie organom władzy publicznej skutecznej polityki w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami.
   2. Niepełnosprawność jest indywidualną cechą człowieka, nie wynika z dokumentów, orzeczenie ma charakter wtórny, orzeczenie nie konstytuuje niepełnosprawności, tylko ją potwierdza.
   3. Orzeczenie jako instrument egzekwowania wsparcia przez osoby z niepełnosprawnościami od władzy publicznej i reglamentowania wsparcia (w interesie osób z niepełnosprawnościami i Rządu). Orzeczenie ma udostępnić adekwatne wsparcie osobie z niepełnosprawnością.
   4. Skupienie się na potrzebach i potencjale osoby (zgodnie z art. 26 ust. 1 lit. a Konwencji).
   5. Diagnoza medyczna, psychologiczna, pedagogiczna, zawodowa itp. służące identyfikacji potrzeb i potencjału.
   6. Pozytywny model orzekania (wzmacnianie potencjału, zdolności danej osoby, identyfikacja potrzeb zamiast określania niezdolności).
   7. Duża indywidualizacja orzeczeń.
   8. Potrzeby i uprawnienia określone w orzeczeniu lub bezpośrednio z niego wynikające.
   9. Standaryzacja i przewidywalność świadczeń oraz sytuacji danej osoby na podstawy orzeczenia.
   10. Nieujawnianie danych medycznych w orzeczeniu.
   11. Ujednolicenie systemów orzecznictwa w jednym systemie.
   12. Stworzenie modelu zbierania informacji (diagnozy) i planowania wsparcia wypełniającego założenia modelu prawoczłowieczego. Wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) dla gromadzenia i przetwarzania wybranych informacji w procesie orzekania. Przełożenie założeń ICF-u w celu stworzenia języka opisu adekwatnego do prawoczłowieczego modelu zawartego w Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami.
       1. W rozumieniu ICF-u niepełnosprawność jest efektem dynamicznych oddziaływań pomiędzy stanem zdrowia a środowiskiem (społecznym i fizycznym). Pojawia się, gdy osoba dotknięta zaburzeniem stanu zdrowia żyje w niesprzyjającym środowisku.
       2. Jednym z zastosowań ICF-u jest możliwość tworzenia narzędzi dla określenia kryteriów statusu niepełnosprawności w celu zabezpieczenia potrzeb osoby związanych z ograniczeniami w funkcjonowaniu w wymiarze indywidualnym i społecznym.
   13. Proces orzeczniczy prowadzony przez interdyscyplinarny zespół. Skład zespołu adekwatny do wieku i potrzeb osoby z niepełnosprawnością.
   14. Orzeczenie określa potrzeby w obszarze rehabilitacja medyczna.
   15. Orzeczenia określa potrzeby i wsparcie w obszarach:
       1. Wsparcie społeczno-zawodowe.
       2. Mobilność i wsparcie techniczne.
   16. W procesie orzeczniczym dla obszaru wsparcie społeczno-zawodowe diagnozujemy potrzeby wraz intensywnością oraz przyznajemy wsparcie wraz z intensywnością w określonych obszarach (ewentualnie ich podobszarach):
       1. Edukacja i kształcenie.
       2. Porozumiewanie się.
       3. Funkcjonowanie w życiu codziennym.
       4. Kontakty społeczne.
       5. Rynek pracy.
   17. Intensywność dla każdego obszaru (i podobszaru) przybiera wartości:
       1. Brak potrzeby wsparcia.
       2. Nieznaczna potrzeba wsparcia.
       3. Umiarkowana potrzeba wsparcia.
       4. Znaczna potrzeba wsparcia.
       5. Bardzo znaczna potrzeba wsparcia.
   18. Każdy obszar wsparcia jest powiązany z tak zwanym koszykiem gwarantowanych usług społecznych (czyli wykazem gwarantowanych przez Państwo usług społecznych, finansowanych ze środków publicznych).
   19. Orzeczenie wskazuje uprawnienia do konkretnych usług społecznych z koszyka wraz z ich intensywnością.
   20. Wymiar usług społecznych, sposób świadczenia itp. zasadniczo będą ustalane przez samorząd (świadczący usługi) w uzgodnieniu z osobą z niepełnosprawnością. Szczegółowy tryb został przedstawiony poniżej w zmianach do ustawy o pomocy społecznej.
   21. Ponadto, orzeczone potrzeby i wsparcie wraz z ich intensywnością mogą być podstawą do uprawnień wynikających z przepisów lokalnych (na przykład uprawnienia do usług społecznych świadczonych przez samorząd spoza ustawowego koszyka gwarantowanych usług społecznych).
   22. Koszyk gwarantowanych usług społecznych zawiera następujące usługi społeczne:
       1. Poradnictwo specjalistyczne (prawne, ekonomiczne, technologiczne, opiekuńczo-wychowawcze, obywatelskie itp.).
       2. Wsparcie psychologiczne.
       3. Wczesna rehabilitacja.
       4. Kompleksowa rehabilitacja społeczna.
       5. Usługi wspierające w niezależnym życiu:
          1. Zintegrowane usługi osobiste.
          2. Przerwa regeneracyjna (określana również jako opieka wytchnieniowa lub krótka przerwa, w wersji angielskojęzycznej Konwencji: *respite care*).
       6. Usługi wsparcia dziennego.
       7. Wsparcie dla utrzymania zamieszkania w dotychczasowym miejscu.
       8. Mieszkania wspomagane.
       9. Inne formy mieszkalnictwa:
          1. Rodzinne domy pomocy,
          2. Mieszkaniowe wspólnoty wspomagane.
       10. Transport specjalistyczny.
       11. Aktywizacja zawodowa, w tym:
           1. Usługi zatrudnienia wspomaganego.
       12. Inne usługi wsparcia w lokalnej społeczności.
   23. W przypadku obszaru mobilność i wsparcie techniczne orzekamy indywidualnie o uprawnieniach do:
       1. Zaopatrzenia ortopedycznego.
       2. Sprzętu wspomagającego dla osób z niepełnosprawnością wzroku.
       3. Sprzętu wspomagającego dla osób z niepełnosprawnością słuchu.
       4. Sprzętu wspomagającego dla osób z niepełnosprawnością dla użytkowników komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (AAC).
       5. Karty parkingowej.
   24. Na orzeczeniu znajdują się uprawnienia do adekwatnego wsparcia.
   25. Organ orzekający niezależny od instytucji udzielającej wsparcia (możliwe stworzenie Krajowego Instytutu Orzecznictwa).
   26. Organ rentowy bierze udział w postępowaniu na prawach strony, czyli może złożyć odwołanie od orzeczenia w zakresie intensywności wsparcia w obszarze rynek pracy.
   27. Orzeczenie czasowe z możliwością wskazania elementów orzeczonych na stałe.
   28. Możliwość złożenia w trakcie ważności orzeczenia wniosku o weryfikację tylko jednego obszaru (podobszaru) wsparcia.
   29. Świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności – świadczenie kompensuje wyższe koszty funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami (patrz: zmiany w systemie rentowym):
       1. Orzekanie według algorytmu: w zależności od intensywności wsparcia w określonych obszarach oraz kosztu wsparcia w danym obszarze, co do zasady niezależnie od sytuacji finansowej oraz aktywności na rynku pracy.
   30. Renta wspierająca pracę – świadczenie uzupełniające przychody z pracy dochody z pracy w przypadku osób z ograniczoną zdolnością do pracy (obecna renta z tytułu niezdolności do pracy zastępuje dochody z pracy) (patrz: zmiany w systemie rentowym):
       1. Orzekanie na podstawie posiadanej zdolności do pracy.
       2. Celem jest kompensowanie ograniczonej możliwości generowania przychodów z pracy.
       3. Odejście od oceny (diagnozy/orzekania) braków czy negatywów na rzecz pozytywów (określanie indywidualnej zdolności do pracy zamiast generalnej niezdolności do pracy).
       4. Uwzględnienie potrzeby pracy w niepełnym wymiarze (na przykład konieczność skróconego czasu pracy).
   31. Prewencja niepełnosprawności:
       1. Uwzględnienie osób, którym nie można przyznać prawnego statusu osoby z niepełnosprawnością, ale takich, które są zagrożone niepełnosprawnością.
       2. Zapewnienie wsparcia może pozwolić takim osobom na uniknięcie niepełnosprawności lub oddalenie tego w czasie, co oznacza ogromne korzyści społeczne oraz finansowe.
       3. Dotyczy to w szczególności osób, które w efekcie choroby, urazu itp. wymagają intensywnej interwencji o charakterze medycznym, psychologicznym itp., gdzie pojawia się duża dynamika zmian stanu funkcjonalnego, ale istnieją potrzeby korzystania z różnych źródeł wsparcia.
       4. Celem tego procesu jest zapewnienie niezbędnego wsparcia tym osobom (przede wszystkim rehabilitacyjnego) bez względu na ich status w kontekście niepełnosprawności.
   32. Konieczne powiązanie procesu orzeczniczego z zapewnieniem wsparcia, w tym ze strony systemu opieki zdrowotnej:
       1. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy organem orzeczniczym a samorządem (pomocą społeczną) i resortem zdrowia (lub podległymi mu jednostkami).
       2. Uruchomienie wsparcia, zwłaszcza o charakterze medycznym, dla osób zidentyfikowanych jako zagrożone niepełnosprawnością.
       3. Uruchomienie wsparcia (usług społecznych i rehabilitacji społecznej w lokalnej społeczności, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji zawodowej) dla osób orzeczonych jako osoby z niepełnosprawnościami.
   33. Podczas konsultacji wynikła wątpliwość, na ile osoby starsze mają być objęte systemem wsparcia osób z niepełnosprawnościami w związku z naruszeniem sprawności wynikającym z naturalnego procesu starzenia się organizmu, a na ile odrębnym, dedykowanym system wsparcia osób starszych. Nie udało się doprowadzić do ujednolicenia stanowiska. Nie było również możliwości szerokich konsultacji w środowisku osób starszych. Niniejsze założenia nie rozstrzygają tej kwestii.
5. Pełnomocnik Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami:
   1. Zmiana nazwy na zgodną z Konwencją – Pełnomocnik Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami.
   2. Przeniesienie instytucji Pełnomocnika do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
   3. Opracowanie, aktualizacja, monitoring i ewaluacja strategii na rzecz niepełnosprawności, w szczególności uwzględniającej: kobiety, dzieci, seniorów z niepełnosprawnościami, osoby zamieszkujące tereny wsi i małych miast oraz osoby wymagające najbardziej intensywnego wsparcia.
   4. Wdrażanie Konwencji (zgodnie z art. 33 ust. 1 Konwencji), w tym:
      1. Pełnienie funkcji punktu kontaktowego w sprawach dotyczących wdrażania Konwencji.
      2. Ustanowienie lub wyznaczenie mechanizmu koordynacji w ramach Rządu, w celu ułatwienia działań związanych z wdrażaniem Konwencji w różnych sektorach i na różnych szczeblach.
   5. Koordynacja wszystkich działań administracji rządowej dotyczących niepełnosprawności i osób z niepełnosprawnościami.
   6. Coroczne sprawozdania z wdrażania Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami (zamiast sprawozdania z Karty praw osób niepełnosprawnych).
   7. Zbieranie danych dotyczących niepełnosprawności z uwzględnieniem intersekcjonalnych przesłanek (w tym dotyczących kobiet i dzieci z niepełnosprawnościami) oraz ich udostępnianie.
   8. Inicjowanie lub prowadzenie systematycznych badań ilościowych i jakościowych dotyczących niepełnosprawności z uwzględnieniem intersekcjonalnych przesłanek (w tym dotyczących kobiet i dzieci z niepełnosprawnościami) oraz ich upowszechnianie.
6. Samorządowi pełnomocnicy na wszystkich szczeblach do koordynacji poziomej i wdrażania Konwencji.
7. Rady konsultacyjne:
   1. Krajowa, wojewódzkie, powiatowe i gminne (można zastanowić się nad progiem liczebności mieszkańców w przypadku gmin).
   2. Obowiązkowy udział osób z niepełnosprawnościami (kobiet i mężczyzn) na poziomie co najmniej 50%.
8. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami:
   1. Zmiana nazwy na zgodną z Konwencją – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami.
   2. Pozostaje pod Pełnomocnikiem Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami.
   3. W dobie izolacji i dyskryminacji Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych był sposobem na wdrożenie systemu wsparcia poza standardowymi strukturami. Po ratyfikacji Konwencji i w duchu włączenia system wsparcia powinien być realizowany jak najbliżej osoby z niepełnosprawnością, w lokalnej społeczności – przez samorząd gminny.
   4. Wsparcie specjalistyczne i o niewielkiej liczbie odbiorców w gminie może być realizowane na wyższych poziomach samorządu. Jedynie wsparcie na poziomie makroregionalnym i centralnym realizowane przez Fundusz, ale w nowym modelu w stosunku do dotychczasowego.
   5. Finansowanie wsparcia (w tym: usług włączających, rehabilitacji społecznej, aktywizacji zawodowej) przeniesione do samorządów w ramach systemu pomocy społecznej, przede wszystkim jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej; dodatkowo samorządy będą odpowiedzialne za zapewnienie wsparcia w społeczności lokalnej, w tym szerokiego koszyka gwarantowanych usług społecznych (czyli wykazu gwarantowanych przez Państwo usług społecznych, finansowanych ze środków publicznych), a nie wyłącznie za finansowanie jak obecnie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
   6. Programowanie, udostępnianie i finansowanie wsparcia na poziomie makroregionalnym i centralnym (w tym rehabilitacja społeczna) po stronie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami. Dotyczy to w szczególności rzadkich niepełnosprawności lub mało typowych usług, których realizacja na poziomie samorządowym jest niemożliwa lub zbyt kosztowna (na przykład wsparcie osób głuchoniewidomych, zapewnienie psów przewodników, tworzenie zasobów książki mówionej lub wydawnictw brajlowskich).
   7. Zgodnie z powyższym: programowanie i zapewnienie rehabilitacji zawodowej na poziomie makroregionalnym i centralnym.
   8. Utrzymanie dotychczasowego systemu obsługi dofinansowań (SOD) przy jednoczesnym obniżaniu SOD-u dla pracodawców, u których występuje wysoka koncentracja osób z niepełnosprawnościami (na przykład powyżej 50%, wysoka koncentracja jest odległa od otwartego środowiska pracy, promowanego przez Konwencję). Dla ostatniej regulacji trzeba ustalić minimalną liczbę pracowników oraz próg (progi) wysokiej koncentracji. Zmiana nie powinna dotyczyć Zakładów Aktywności Zawodowej, ewentualnie także spółdzielni pracy.
   9. Stopniowe wygaszanie (okres 3 lat) ulg za zakup produktów i usług wytworzonych lub świadczonych przez pracodawców z dużą koncentracją pracowników z niepełnosprawnościami – ze względu na to, że to bardzo drogi i nieefektywny instrument.
   10. Minimalizacja wymogów biurokratycznych w dostępie do wsparcia i środków.
   11. Rokroczne prowadzenia badań nad:
       1. Efektywnością instrumentów rehabilitacji zawodowej (ze szczególnym uwzględnieniem SOD-u) oraz
       2. Propozycją nowych instrumentów wsparcia rehabilitacji zawodowej.
   12. Uprawnienia pracownicze przeniesione do ustawy Kodeks pracy. Przeniesienia wymagają rozwiązania dotyczące obowiązku zapewnienia racjonalnego dostosowania, warunków pracy chronionej, dodatkowych urlopów, norm czasu pracy i dodatkowych przerw lub zwolnień, zasad powrotu do pracy po wypadku przy pracy lub chorobie zawodowej osób, u których w wyniku tych zdarzeń pojawiła się niepełnosprawność, zatrudniania osoby pomagającej w pracy pracownikowi/-cy z niepełnosprawnością. Kontrowersje budzi obecny przywilej 7-godzinnego czasu pracy. Pojawiają się postulaty jego usunięcia [\* punkt, który budził kontrowersje podczas konsultacji].
   13. Wsparcie świadczonego przez publiczne służby zatrudnienia:
       1. Przeniesienie do ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (dalej: „ustawa o promocji zatrudnienia…”) i ujednolicenie.
       2. Finansowanie przez Fundusz Pracy (a nie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami) jak w przypadku wszystkich uprawnionych.
   14. Przeniesienie warsztatów terapii zajęciowej (WTZ-ów) do systemu pomocy społecznej. WZT-y podzielone na:
       1. działające wyłącznie w obszarze rehabilitacji społecznej jako ośrodki wsparcia dziennego i aktywizacji społecznej – integrowane w systemie pomocy społecznej z analogicznym instrumentem – środowiskowymi domami samopomocy – i adresowane do wszystkich osób ze wszystkimi typami niepełnosprawności,
       2. działające w obszarze rehabilitacji społecznej i zawodowej, aktywizujące do wejścia na rynek pracy – jako instrument aktywizacji zawodowej z dodatkowym finansowaniem.
   15. Regulacje specyficzne (jak dotyczące psów asystujących i innych zwierząt asystujących):
       1. Psy asystujące:
          1. Przeniesienie do tej ustawy regulacji z ustawy o rehabilitacji… dotyczących certyfikacji psów, podmiotów prowadzących szkolenie, rodzajów psów itd.
          2. Przeniesienie do ustawy o dostępności regulacji z ustawy o rehabilitacji… dotyczących prawa wstępu dla osób z niepełnosprawnościami z psem asystującym.
          3. Akceptacja certyfikatów dla psów asystujących wydanych w innych krajach.
          4. Zachęcanie do tworzenia i promocja środowiskowych standardów szkolenia psów asystujących.
   16. Dofinansowanie wyrobów medycznych z listy Ministerstwa Zdrowia przeniesione do systemu opieki zdrowotnej.
   17. Pozostałe instrumenty dofinansowania (likwidacji barier architektonicznych, likwidacji barier w komunikowaniu się, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny itd.) przeniesione do samorządów w ramach systemu pomocy społecznej. Samorząd nie tylko dystrybuuje środki (jak obecnie), ale ponosi odpowiedzialność za realizację celu, który ma być osiągnięty przy pomocy tego instrumentu – zapewnienie pełnoprawnego, niezależnego życia osób z niepełnosprawnościami.
   18. Zadania publiczne powierzane organizacjom pozarządowym w ramach umów wieloletnich: 3-letnich lub dłuższych.
   19. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi wsparcie (jak ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, placówki medyczne), w tym z koordynatorem wsparcia po stronie pomocy społecznej.
   20. Monitoring i ewaluacja wsparcia na rzecz osób z niepełnosprawności ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami – z uwzględnieniem intersekcjonalnych przesłanek, w tym płci, wieku i miejsca zamieszkania (zwłaszcza tereny wsi i małych miast).
9. Zadania samorządów, w tym:
   1. Opracowanie, aktualizacja, monitoring i ewaluacja strategii na rzecz niepełnosprawności, w szczególności uwzględniającej kobiety, dzieci i seniorów z niepełnosprawnościami, osoby zamieszkujące tereny wsi i małych miast oraz osoby wymagające najbardziej intensywnego wsparcia.
   2. Współpraca z organizacjami pozarządowymi.
10. Monitorowanie wdrażania Konwencji przez Rzecznika Praw Obywatelskich.
11. Przepisy stwarzające mechanizmy wdrażania Konwencji:
    1. Obowiązek sporządzenia strategii wdrażania Konwencji na poziomie centralnym i samorządowym (należy dookreślić poziom samorządów, na przykład na podstawie liczby mieszkańców).
12. Podczas konsultacji wynikła wątpliwość, czy osoby starsze powinny korzystać z systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, czy też dla nich powinien zostać stworzony osobny, dedykowany system wsparcia. Nie udało się doprowadzić do ujednolicenia stanowiska. Nie było też możliwości na szerokie konsultacje w środowisku osób starszych. Niniejsze założenia nie rozstrzygają tej kwestii.

## Ustawa przepisy wprowadzające ustawę o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz o zmianie innych ustaw wdrażających Konwencję o prawach osób z niepełnosprawnościami

1. Przepisy wprowadzające ustawę o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami, w tym: od kiedy i jak stosuje się nowe definicje, ważność uprawnień i orzeczeń na bazie poprzednich przepisów – poprzedniej definicji, wprowadzenie nowego orzecznictwa, tryb przejścia Pełnomocnika do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów itp.).
2. Nowelizacja przepisów w ustawach przedmiotowych (w dużej części przeniesienie obecnych przepisów ustawy o rehabilitacji do ustaw przedmiotowych):
3. Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:
   * 1. Likwidacja pułapki świadczeniowej (rentowej):
        1. Świadczenie powinny rekompensować wyższe koszty związane z niepełnosprawnością (świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności) oraz uzupełniać dochody z pracy w przypadku osób z ograniczoną zdolnością do pracy (renta wspierająca pracę).
        2. Podjęcie pracy nie powinno zasadniczo ograniczać świadczeń kompensacyjnych (świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności).
        3. Można sobie wyobrazić, że przy bardzo wysokich dochodach świadczenie będzie maleć – zgodnie z racjonalnie rozumianą zasadą pomocniczości; próg musi być na tyle wysoki, by ubytek świadczeń nie był bolesny, inaczej będzie działać demotywująco i ludzie nie będą podejmować pracy lub będą unikać awansu zawodowego czy zwiększania przychodów dla siebie (tym samym też dla Państwa).
        4. Mechanizm zmniejszania złotówka za złotówkę nie działa, można rozważyć 1 zł za 3 zł po przekroczeniu progu, o którym mowa powyżej (zmniejszenie świadczenia mniejsze niż zwiększenie przychodu).
        5. W przypadku mechanizmu „złotówka za 3 złote” nie ma potrzeby opóźniania mechanizmu zmniejszania świadczenia.
     2. Obecne renta z tytułu niezdolności do pracy oraz renta socjalna powinny zostać zastąpione przez przedstawione poniżej: świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności oraz rentę wspierającą zdolność do pracy.
     3. Powyższe nowe świadczenia uzupełnione o zasiłek dla bezrobotnych (świadczenie wygasające), aby sytuacja osób z niepełnosprawnościami i ich motywacja do podjęcia pracy były analogiczne jak w przypadku osób pełnosprawnych.
     4. Stałe świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności   
        – świadczenie kompensujące wyższe koszty funkcjonowania (niepełnosprawności) (zgodnie z art. 28 ust. 2 lit. c Konwencji), niezależne od aktywności zawodowej:
        1. Świadczenie nie ma służyć utrzymaniu się ani zastąpieniu przychodów z pracy, a jedynie pokryciu wyższych kosztów funkcjonowania, by sytuacja ekonomiczna danej osoby z niepełnosprawnością była analogiczna do sytuacji osoby pełnosprawnej (pracującej lub niepracującej).
        2. Obecnie system wspiera tylko osoby niepracujące uznane za niezdolne do pracy, koszty funkcjonowania związane z niepełnosprawnością (leki, sprzęt rehabilitacyjny, technologie wspierające, zakup usług na rynku komercyjnym) praktycznie nie są przesłanką do uprawnienia do renty (ani innego podobnego świadczenia).
        3. Zgodnie z powszechną w środowisku opinią Państwo powinno w pierwszej kolejności wspierać osoby w związku z ich niepełnosprawnością.
        4. Wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności powinna być zależna od dodatkowych kosztów związanych z niepełnosprawnością (wyższych kosztów funkcjonowania) danej osoby z niepełnosprawnością.
        5. Wartość określana indywidualnie w procesie orzeczniczym.
        6. Świadczenie niezależne od aktywności zawodowej:
           1. Uprawnienie i jego wysokość (zasadniczo) niezależne od podejmowania pracy.
           2. Dostępne także dla osób bez historii pracy (które na przykład nabyły niepełnosprawność przed podjęciem pracy).
           3. W ten sposób tworzy się przestrzeń dla motywacji do pracy, gdyż:

Osoba z niepełnosprawnością nie musi już udowadniać, że jest niezdolna do pracy, by zdobyć uprawnienie do świadczenia.

Uprawnienie nie jest odbierane przy podjęciu pracy.

* + - 1. Świadczenie nieuwzględniane przy obliczaniu kryterium dochodowego w dostępie do świadczeń, na przykład w sytuacji ubóstwa – zgodnie z propozycją zmian w ustawie o pomocy społecznej rezygnacja z kryterium dochodowego w dostępie do wsparcia związanego z niepełnosprawnością, w tym usług społecznych (usługi społeczne są niezbędne z powodu niepełnosprawności – konieczne do habilitacji i rehabilitacji oraz włączenia w lokalną społeczność i społeczeństwo – a nie z powodu ubóstwa).
      2. Po wprowadzeniu tego świadczenia mogłyby zniknąć – oprócz dzisiejszych rent – niektóre z obecnych świadczeń, na przykład: ulga podatkowa w podatku dochodowym, dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny itd.
      3. Wykorzystanie doświadczeń zagranicznych, na przykład: Francji, Niemiec, Szwecji.
    1. Renta wspierająca pracę:

1. Świadczenie ma uzupełniać dochody w przypadku osób, które nie są w stanie utrzymać się z pracy (obecna renta z tytułu niezdolności do pracy zastępuje dochody z pracy).
2. Świadczenie uwarunkowane poziomem zdolności do pracy, kompensujące ograniczoną możliwość generowania przychodów z pracy, zmniejszane w przypadku osiągania przychodów (podobnie jak obecna renta z tytułu niezdolności do pracy).
3. Odejście od oceny (diagnozy / orzekania) braków czy negatywów na rzecz pozytywów (określanie indywidualnej zdolności do pracy zamiast generalnej niezdolności do pracy).
4. Zdecydowana większość osób z niepełnosprawnościami jest w stanie podjąć jakąś pracę, ale:
   * + - 1. praca ta niekoniecznie daje możliwość utrzymania się,
         2. obecnie jej podjęcie odcina od świadczeń (obniżenie świadczeń oraz zmiana orzeczenia na skutek podjęcia pracy),
         3. obecnie bardziej opłaca się nie pracować i pobierać pewne świadczenie niż wejść na niepewny rynek pracy i na stałe zrezygnować z renty,
5. Świadczenie ma wspierać aktywność zawodową, a nie demotywować do jej podjęcia jak obecnie.
6. Wysokość zależna od indywidualnej zdolności do pracy w danym momencie czasu danej osoby z niepełnosprawnością.
7. Wartość określana indywidualnie w procesie orzeczniczym.
8. Świadczenie zależne od aktywności zawodowej:
9. łączone z dochodem z pracy,
10. zmniejszane w przypadku zwiększania dochodów z pracy,
11. mechanizm zmniejszania powinien wspierać aktywność zawodową – na przykład „1 złotówka za 3 złote” (1 złotówka zmniejszenia świadczenia za 3 zł zwiększenia dochodów).
12. Po wprowadzeniu tego świadczenia mogłyby zniknąć – oprócz dzisiejszych rent – niektóre z obecnych świadczeń, na przykład: ulga podatkowa w podatku dochodowym, dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny itd.
13. Wykorzystanie doświadczeń zagranicznych, na przykład Niemiec.
    * 1. Niedublowanie działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności (prewencji rentowej) z systemem opieki zdrowotnej, koncentracja działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności po stronie systemu opieki zdrowotnej.
    1. Ustawa o rencie socjalnej:
14. Do czasu wprowadzenia świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności (o którym mowa powyżej w pkt. dotyczącym zmian w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych):
    * + 1. Podwyższenie wysokości renty socjalnej, by nie była niższa niż minimalna renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.
        2. Zmiana zapisów dotyczących zawieszania prawa do renty socjalnej lub zmniejszania jej wysokości, by były takie same jak w przypadku renty z tytułu niezdolności do pracy.
    1. Ustawa o pomocy społecznej:
       1. Ustawa powinna ewoluować w kierunku ustawy o wsparciu społecznym. Usługi w niej zawarte powinny zostać przeformułowane, w szczególności pod kątem wzmocnienia poszanowania podmiotowości, godności oraz możliwości decydowania przez osoby korzystające z danych usług.
       2. W dobie izolacji i dyskryminacji Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych był sposobem na wdrożenie systemu wsparcia poza standardowymi strukturami. Po ratyfikacji Konwencji i w duchu włączenia system wsparcia powinien być realizowany jak najbliżej osoby z niepełnosprawnością, w lokalnej społeczności   
          – przez samorząd gminny.
       3. Wsparcie specjalistyczne i o niewielkiej liczbie odbiorców w gminie może być realizowane na wyższych poziomach samorządu. Jedynie wsparcie na poziomie makroregionalnym i centralnym realizowane przez Fundusz.
       4. Finansowanie wsparcia (w tym: usług włączających, rehabilitacji społecznej, rehabilitacji zawodowej) przeniesione do samorządów w ramach systemu pomocy społecznej, przede wszystkim jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej; dodatkowo samorządy będą odpowiedzialne za zapewnienie wsparcia w społeczności lokalnej, w tym szerokiego koszyka gwarantowanych usług społecznych (czyli wykazu gwarantowanych przez Państwo usług społecznych, finansowanych ze środków publicznych), a nie wyłącznie za finansowanie jak obecnie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
       5. Zmiana charakteru systemu wsparcia z interwencyjno-kompensacyjnego przez uzupełnienie go o komponenty aktywizacyjno‑włączające.
       6. Strategia Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji na poziomie centralnym i samorządowym – służąca zapewnieniu niezależnego życia osobom z niepełnosprawnościami oraz deinstytucjonalizacji (przejścia z opieki instytucjonalnej do wsparcia na poziomie społeczności lokalnych). Strategia powinna być tworzona zgodnie z Komentarzem Generalnym do art. 19 Konwencji wydanego przez Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami oraz Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.
          1. Powołanie Międzyresortowego Zespołu ds. Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji, którego celem byłoby między innymi opracowanie Narodowej Strategii Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji, z zapewnionym kluczowym udziałem: osób z niepełnosprawnościami (kobiet i mężczyzn), seniorów, organizacji pozarządowych i samorządów.
          2. Na Narodową Strategię Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji składają się:
             1. Wartości i wizja docelowa.
             2. Definicje.
             3. Środki rozwoju usług na poziomie społeczności lokalnych.
             4. Środki zapobiegające umieszczaniu w instytucjach.
             5. Środki wspierające przejście od opieki instytucjonalnej do życia w społeczności lokalnej.
             6. Środki poprawiające funkcjonowanie systemów pomocy społecznej (w przyszłości wsparcia społecznego), opieki zdrowotnej i edukacji.
             7. Środki zapewniające równy dostęp do usług powszechnych, w tym opieki zdrowotnej, edukacji, mieszkalnictwa i transportu.
             8. Środki wspierające włączenie społeczne i walkę z ubóstwem.
             9. Ustanowienie krajowych standardów jakości i sprawnego systemu kontroli świadczonych usług, łącznie z mechanizmem monitoringu i ewaluacji instytucji i usług świadczonych w społeczności lokalnej – z uwzględnieniem intersekcjonalnych przesłanek, w tym płci, wieku i miejsca zamieszkania (zwłaszcza tereny wsi i małych miast).
             10. Działania podnoszące świadomość związaną z niezależnym życiem.
             11. Zmiany ram prawnych niezbędne do realizacji Strategii.
             12. Harmonogram działań wraz z kamieniami milowymi i szczegółowymi wskaźnikami.
             13. Stała koordynacja wdrażania Strategii i jego coroczna całościowa ewaluacja w oparciu o założone szczegółowe wskaźniki.
             14. Mechanizmy finansowe wspierające realizację Strategii.
       7. Podwyższenie kryterium dochodowego w dostępie do świadczeń pieniężnych (lub ekwiwalentnych) w przypadku gospodarstw domowych z osobą z niepełnosprawnością:
          1. Dotyczy sytuacji do czasu wdrożenia świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności.
          2. Niepełnosprawność związana jest z dodatkowymi potrzebami i kosztami. Aby osiągnąć ten sam poziom życia i funkcjonowania, osoby z niepełnosprawnościami potrzebują więcej dochodu niż takie same osoby pełnosprawne.
          3. Należy zastosować zasadę taką jak w przypadku zasiłków rodzinnych i świadczenia wychowawczego (500+) – wyższe progi w przypadku gospodarstw domowych z osobą z niepełnosprawnością.
          4. Kryterium dochodowe podniesione o 400 zł – dokładnie tak samo jak w przypadku świadczenia wychowawczego (500+).
          5. Dostosowanie metodologii stosowanej przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych do wyliczania kryteriów.
       8. Minimalizacja wymogów biurokratycznych w dostępie do wsparcia i środków.
       9. Rezygnacja z kryterium dochodowego w dostępie do wsparcia związanego z niepełnosprawnością, w tym usług społecznych (usługi społeczne są niezbędne z powodu niepełnosprawności – konieczne do habilitacji i rehabilitacji oraz włączenia w lokalną społeczność i społeczeństwo – a nie z powodu ubóstwa).
       10. Usługi społeczne świadczone bezpłatnie lub za symboliczną odpłatnością (z zastosowaniem mechanizmu zmniejszania stawek wraz z większym wymiarem usługi). Usługi społeczne są niezbędne z powodu niepełnosprawności – konieczne do habilitacji i rehabilitacji oraz włączenia w lokalną społeczność i społeczeństwo – a nie z powodu ubóstwa. Usługa asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością (AOON) jest świadczona bezpłatnie (jako niezbędna dla niezależnego życia).
       11. Usługi społeczne realizowane – co do zasady – na poziomie gminy przez OPS-y oraz organizacje pozarządowe.
       12. Usługi społeczne powierzane przez OPS-y organizacjom pozarządowym co do zasady w ramach umów wieloletnich, 3‑letnich lub dłuższych.
       13. Uprawnienie do wsparcia (w tym do usług społecznych) wynika z orzeczenia lub wsparcie jest przyznawane bezpośrednio przez samorząd. Jeśli orzeczenie nie wskazuje wymiaru usług i sposobu ich świadczenia, to określa to samorząd w uzgodnieniu z osobą z niepełnosprawnością, która z tych usług będzie korzystała.
       14. Wsparcie, zwłaszcza usługi społeczne, powinno mieć charakter zindywidualizowany. Oznacza to w szczególności konieczność doboru form wsparcia do aktualnych potrzeb wynikających z charakteru i poziomu niepełnosprawności.
       15. Podstawą dla uruchomienia wsparcia są szczegółowa diagnoza potrzeb, potencjału i funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością oraz plan wsparcia.
           1. Diagnoza i plan wsparcia tworzone i cyklicznie weryfikowane wspólnie przez pracownika socjalnego i osobę z niepełnosprawnością.
           2. Na życzenie osoby z niepełnosprawnością diagnoza i plan wsparcia mogą być tworzone przy współpracy z rodziną, środowiskiem lokalnym lub organizacjami pozarządowymi.
           3. Plan wsparcia zawiera w szczególności listę koniecznych usług społecznych (montaż usług społecznych). Ostateczny zakres działań zależny od potrzeb i wskazań osoby z niepełnosprawnością.
       16. Uruchomienie usług społecznych wymaga wydania decyzji administracyjnej (jak obecnie na przykład w przypadku usług opiekuńczych). W przypadkach nagłych usługi mogą zostać uruchomione w trybie uproszczonym.
       17. Fakultatywna możliwość realizacji wsparcia w oparciu o bony wystawiane przez samorząd do wykorzystania według własnych potrzeb przez osobę z niepełnosprawnością.
           1. Bon nie ma formy pieniężnej. Umożliwia skorzystanie z usługi u usługodawcy (świadczeniodawcy) wybranego przez osobę z niepełnosprawnością. Dopiero świadczeniodawca otrzymuje pieniądze od samorządu za wsparcie zrealizowane na podstawie bonu.
           2. Jeśli samorząd udostępnia bony, to osoba z niepełnosprawnością dokonuje wyboru, czy chce skorzystać z usługi społecznej zapewnianej przez samorząd, czy z bonu i sama wybrać świadczeniodawcę. Samorząd nie może poprzestać na zapewnieniu bonów, musi równolegle zagwarantować możliwość skorzystania z własnych usług społecznych.
           3. Koszty wsparcia realizowanego z udziałem bonu powinny być analogiczne do kosztów wsparcia zapewnionego bezpośrednio przez samorząd lub powierzanego organizacji pozarządowej do wykonania.
           4. Realizatorem wsparcia na podstawie bonu mogą być organizacje pozarządowe, podmioty prywatne i osoby samozatrudnione i bez konieczności ubiegania się o bezpośrednie kontraktowanie przez samorząd.
           5. Szczegółowe zasady finansowania i realizacji takich usług powinny być określone przez samorząd w oparciu o standardy krajowe/podstawowe.
       18. Samorząd ma swobodę w sposobie zorganizowania i udostępniania wsparcia, w tym usług społecznych.
       19. Usługi społeczne to: usługi włączające (pozycje 1-12 poniżej), w tym usługi wspierające niezależne życie; rehabilitacja społeczna; aktywizacja zawodowa.
       20. Pierwsze 2 usługi (pozycje 1-2 poniżej) zapewniane obowiązkowo przez samorządy. Pozostałe (pozycje 3-14 poniżej) – zawarte w koszyku gwarantowanych usług społecznych (czyli wykazie gwarantowanych przez Państwo usług społecznych, finansowanych ze środków publicznych) – zgodnie z indywidualnymi potrzebami osoby z niepełnosprawnością.
       21. W otwartym katalogu usług społecznych zawarte są:
           1. Aktywne wyszukiwanie osób, które stają się lub stały się osobami z niepełnosprawnościami, w celu zaoferowania im wsparcia.
           2. Usługi koordynatorów wsparcia świadczone indywidualnie i stale osobie z niepełnosprawnością – każdej osobie z niepełnosprawnością dedykowany jest koordynator wsparcia, który udziela informacji, prowadzi doradztwo oraz koordynuje współpracę między podmiotami zaangażowanymi w świadczenie usług wspierających i rehabilitacyjnych (wzorem pakietu onkologicznego).
           3. Poradnictwo specjalistyczne (prawne, ekonomiczne, technologiczne, opiekuńczo-wychowawcze, obywatelskie itp.).
           4. Wsparcie psychologiczne.
           5. Usługi wspierające niezależne życie:
              1. Składają się z następujących usług:

Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością (AOON, ang. *personal assistant*). Usługa ta jest zintegrowaniem obecnych usług: usługi asystenckie, usługi opiekuńczei specjalistyczne usługi opiekuńcze, wzbogacone o wsparcie pełnienia czynności rodzicielskich dla rodzica z niepełnosprawnością.

Przerwa regeneracyjna.

* + - * 1. Przyznawane osobom ze względu na ich niepełnosprawność, chorobę lub wiek (analogicznie jak obecnie usługi opiekuńcze), a także ich opiekunom faktycznym (przerwa regeneracyjna), w tym ze względu na potrzebę wsparcia rodzicielstwa.
        2. Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością (AOON):

Zakres usług asystenta osobistego powinien być ustalany na podstawie diagnozy potrzeb, potencjału i funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością, w zgodzie z kodeksem etyki AOON, oraz zawarty w planie wsparcia i w kontrakcie zawartym:

W przypadku bonu społecznego – między osobą z niepełnosprawnością a asystentem osobistym (kontakt dwustronny).

W przypadku kontraktowania usług przez samorząd lub powierzonych do kontraktowania organizacji pozarządowej – między osobą z niepełnosprawnością, asystentem osobistym a samorządem / organizacją pozarządową (kontrakt trójstronny).

Wsparcie o charakterze asystenckim może być świadczone łącznie ze wsparciem o charakterze opiekuńczym, jeśli taką potrzebę zgłosi osoba z niepełnosprawnością, a asystent posiada niezbędne kwalifikacje.

Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za jakość świadczonej usługi, a osoba z niepełnosprawnością powinna mieć możliwość dokonania cyklicznej oraz, w razie potrzeby, doraźnej oceny usługi, z której korzysta.

Świadczeniodawca powinien zagwarantować, aby osoby świadczące usługę AOON posiadały kwalifikacje adekwatne do wykonywania czynności wynikających z indywidualnej diagnozy potrzeb i planu wsparcia osoby z niepełnosprawnością.

Możliwe jest profilowanie osób świadczących usługę, adekwatnie do zakresu czynności koniecznych do wykonania na rzecz każdego/-j klienta/-ki.

Konieczne jest odpowiednie sprofilowanie usługi AOON, między innymi do potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną, w szczególności osób z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Szkolenia dla potencjalnej kadry usług asystenckich powinni przeprowadzać świadczeniodawcy i same osoby z niepełnosprawnościami (zakres zadań asystenta będzie indywidualnie dopasowany do potrzeb osoby z niepełnosprawnością).

Finansowanie hybrydowe (wzorowane na Szwecji):

Koszt usługi AOON dla danej osoby do określonej liczby godzin miesięcznie (na przykład 20-30) pokrywany z budżetu samorządu jako zadanie obligatoryjne własne.

Koszt usługi AOON dla danej osoby powyżej określonej liczby godzin miesięcznie (na przykład 20‑30) pokrywane są budżetu Państwa jako zadanie zlecone.

Osoby, które otrzymują aktualnie usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO) oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi) muszą priorytetowo otrzymać usługę asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością (AOON), co najmniej w takiej liczbie godzin i zakresie jak dotychczas.

* + - * 1. Przerwa regeneracyjna (*respite care*) (zgodnie z art. 19 i 28 Konwencji):

Celem przerwy regeneracyjnej / krótkiej przerwy jest zapewnienie opiekunom faktycznym możliwości regeneracji niezbędnej ze względu na obowiązki wynikające z intensywnego procesu wsparcia osoby z niepełnosprawnością

Przerwa regeneracyjna stwarza opiekunom faktycznym możliwość realizacji potrzeb związanych z funkcjonowaniem w rolach zawodowych, społecznych i z samorealizacją. Jednocześnie osobom z niepełnosprawnościami w każdym wieku oferuje możliwość pełniejszego rozwoju we własnym środowisku lokalnym lub poza nim w zależności od wariantu usługi.

Przerwa regeneracyjna:

Zapobiega wypaleniu opiekunów,

Wzmacnia deinstytucjonalizację wsparcia.

Umożliwia osobom z niepełnosprawnościami funkcjonowanie w środowisku lokalnym.

Zapewnienie możliwości różnorodności form świadczenia usługi:

Wsparcie całodobowe (połączone z noclegiem).

Wsparcie kilkugodzinne.

Wsparcie weekendowe.

Wsparcie w wyspecjalizowanej placówce.

Wsparcie w miejscu zamieszkania.

Zapewnienie trwałości dostępu do usługi dla klientów/-ek (dłuższy horyzont czasowy umów powierzenia usługi: 3 i więcej lat).

* + - * 1. Świadczeniodawca powinien dołożyć starań, aby osoba z niepełnosprawnością w ramach usług wspierających niezależne życie była obsługiwana przez tę samą osobę, jeśli taka jest potrzeba osoby z niepełnosprawnością.
      1. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi – zmiana terminologii (z usług „opiekuńczych” na „terapeutyczne”) i ukierunkowanie na usługi terapeutyczne. Jednocześnie znaczna część wsparcia dotychczas otrzymywanego w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi będzie świadczona w ramach usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością (AOON) – przy większej indywidualizacji usług i zagwarantowaniu co najmniej dotychczasowej liczby godzin usługi.
      2. Usługi wsparcia dziennego:
         1. Zintegrowanie istniejących form wsparcia, które działają podobnie, a różnią się zasadami finansowania lub umocowaniem w innych przepisach jak: środowiskowe domy samopomocy (ŚDS-y) i warsztaty terapii zajęciowej (WTZ-y).
         2. Oferowanie wsparcia wszystkim osobom z niepełnosprawnościami (obecnie ŚDS-y mogą wspierać tylko osoby z zaburzeniami psychicznymi), co nie wyklucza specjalizacji.
         3. Finansowanie dodatkowych kosztów związanych z uczestnikami, którzy wymagają droższego wsparcia (osobami wymagającymi bardziej intensywnego wparcia), a którzy obecnie nie są przyjmowani.
         4. Przeniesienie instrumentu WTZ-ów z ustawy o rehabilitacji… do systemu pomocy społecznej:
         5. Podział WTZ-ów na:

Działające wyłącznie w obszarze rehabilitacji społecznej jako ośrodki wsparcia dziennego i aktywizacji społecznej   
– integrowane w systemie pomocy społecznej z analogicznym instrumentem – środowiskowymi domami samopomocy.

Działające w obszarze rehabilitacji społecznej i zawodowej, aktywizujące do wejścia na rynek pracy   
– jako instrument aktywizacji zawodowej z dodatkowym finansowaniem.

* + - 1. Wsparcie dla utrzymania zamieszkania w dotychczasowym miejscu (wsparcie dla programów zamiany mieszkań uwzględniających potrzeby osób z niepełnosprawnościami itp.).
      2. Mieszkalnictwo wspomagane:
         1. Wszystkie rozwiązania w zakresie mieszkalnictwa muszą być (docelowo) zgodne ze wskazaniami i treścią Komentarza Generalnego do art. 19 Konwencji, wydanego przez Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami.
         2. Rezygnacja z innego nazewnictwa (na przykład aktualnie używanych „mieszkań chronionych”) na rzecz „mieszkań wspomaganych”, ujednolicenie z terminologią unijną.
         3. Mieszkania wspomagane mają służyć realizacji prawa do niezależnego życia. Wśród priorytetowych grup osób korzystających z mieszkań wspomaganych powinny być osoby wymagające najbardziej intensywnego wsparcia (osoby wymagające całodobowego wsparcia).
         4. Podział na mieszkania treningowe (czasowe) i wspierane (docelowe), będące bezpośrednią alternatywą dla zamieszkania w domu pomocy społecznej.
         5. Likwidacja ograniczeń korzystania z mieszkań wspomaganych (mieszkań chronionych) przez osoby wymagające najbardziej intensywnego wsparcia (osoby wymagające całodobowego wsparcia).
         6. Brak dolnego limitu liczby osób w ramach mieszkań.
         7. Umożliwienie korzystania z mieszkań wspomaganych treningowych przez osoby nieletnie z niepełnosprawnościami.
         8. Priorytetowa forma wsparcia w stosunku do domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczo-leczniczych.
         9. Limit do 6 osób w jednym mieszkaniu wspomaganym. Okres przejściowy dla istniejących mieszkań – 5 lat.
         10. Limit do 12 osób we wszystkich mieszkaniach wspomaganych w tym samym budynku, kompleksie budynków lub bezpośrednim otoczeniu. Należy przeciwdziałać ryzyku segregacji i gettoizacji (na przykład tworzenia mieszkań obok siebie lub na sąsiednich działkach, lub pod sąsiednimi adresami). Okres przejściowy dla istniejących mieszkań: 5 lat.
         11. Mieszkanie wspomagane nie może być w tym samym budynku, kompleksie budynków, bezpośrednim otoczeniu lub najbliższej okolicy domu pomocy społecznej lub zakładu-opiekuńczo leczniczego. Okres przejściowy dla istniejących mieszkań: 5 lat.
         12. Zapewnienie niezbędnego wsparcia w niezależnym życiu dla mieszkańców.
         13. Znaczące dofinansowanie rządowe do tworzenia mieszkań wspomaganych dla samorządów (na poziomie około 90% kosztów).
         14. Zapewnienie niewielkiego udziału środków rządowych w prowadzeniu mieszkań wspomaganych – jako czynnika wspierającego rozwój mieszkalnictwa wspomaganego.
         15. Tworząc mieszkania wspomagane, należy sytuować je w różnych częściach danej miejscowości, stosownie do proporcji rozkładu mieszkańców w różnych częściach tej miejscowości. Niemożliwe jest tworzenie mieszkań na odosobnionych obszarach miejscowości lub wysyłanie mieszkańców do oddalonych mieszkań w innym powiecie lub innej gminie. Musi być spełniony warunek umieszczania mieszkań w miejscach z istniejącą i dostępną infrastrukturą (komunikacja publiczna, sklepy itd.). Okres przejściowy dla istniejących mieszkań: 5 lat.
         16. Docelowo (przy rozwoju dostępnych mieszkań i usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością – jako standardu wsparcia) mieszkania wspomagane powinny być formą wsparcia dedykowaną w znacznej mierze dla osób wymagających najbardziej intensywnego wsparcia.
      3. Inne formy mieszkalnictwa:
         1. Wszystkie rozwiązania w zakresie mieszkalnictwa muszą być (docelowo) zgodne ze wskazaniami i treścią Komentarza Generalnego do art. 19 Konwencji, wydanego przez Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami.
         2. Rodzinne domy pomocy.
         3. Mieszkaniowe wspólnoty wspomagane.
         4. Wszystkie formy mieszkalnictwa muszą przeciwdziałać ryzyku segregacji i gettoizacji oraz utrzymywać limity do 6 osób w jednym mieszkaniu/placówce oraz do 12 osób we wszystkich mieszkaniach/placówkach w tym samym budynku, kompleksie budynków lub bezpośrednim otoczeniu. Okres przejściowy dla istniejących mieszkań/placówek: 5 lat.
      4. Domy pomocy społecznej (DPS-y):
         1. Ograniczenie liczby mieszkańców w istniejących DPS-ach do 30 osób. Okres przejściowy: 10 lat.
         2. Zakaz tworzenia nowych DPS-ów.
         3. Zapewnienie obecnym mieszkańcom zdeinstytucjonalizowanych form mieszkalnictwa (jak mieszkania chronione, rodzinne domy pomocy). Okres przejściowy: 10 lat.
         4. Obecnie DPS-y czasami zapewniają jedynie usługę pobytową, nie gwarantując wymaganego wsparcia, w tym terapii. Do czasu wdrożenia deinstytucjonalizacji (przeniesienia do form zdeinstytucjonalizowanych mieszkalnictwa) należy zapewnić wymagane wsparcie, w tym terapię.
      5. Transport specjalistyczny od drzwi do drzwi, w szczególności mieszkańcy terenów wiejskich i małych miast muszą mieć zapewnioną tę usługę.
      6. Kompleksowa rehabilitacja społeczna.
      7. Aktywizacja zawodowa i *quasi*-zawodowa (ta druga względem osób, których praca nie ma charakteru ekonomicznego lub społecznie użytecznego, lecz wymiar terapeutyczny i godnościowy), w tym:
         1. Zreformowane WTZ-y, które działają w obszarze rehabilitacji społecznej i zawodowej, aktywizujące na rynek pracy:

Premia za wprowadzenie na rynek pracy uczestników WTZ-ów przy jednoczesnym zachowaniu możliwości powrotu do WTZ-u przez pół roku od podjęcia zatrudnienia oraz dodatkowym finansowym wsparciem WTZ-ów w zakresie zatrudniania specjalistów rynku pracy jak: doradca zawodowy, pośrednik pracy.

Finansowanie dodatkowych kosztów związanych z uczestnikami, którzy wymagają droższego wsparcia, a obecnie nie są przyjmowani.

* + - 1. Inne usługi wsparcia w lokalnej społeczności.
    1. Mechanizm dofinansowań (likwidacji barier architektonicznych, likwidacji barier w komunikowaniu się, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny itd.) przesunięty z obecnej ustawy o rehabilitacji…:
       1. Samorząd nie tylko dystrybuuje środki (jak obecnie), ale ponosi odpowiedzialność za realizację celu, który ma być osiągnięty przy pomocy tego instrumentu – zapewnienie pełnoprawnego, niezależnego życia osób z niepełnosprawnościami.
       2. Zwiększenie środków na dofinansowania, w szczególności na:
          1. Likwidację barier architektonicznych – utrzymanie zamieszkania w dotychczasowym mieszkaniu (we własnym, rodziców, opiekunów) jest podstawową formą i priorytetem w zakresie wsparcia mieszkalnictwa osób z niepełnosprawnościami.
    2. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi wsparcie (jak ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, placówki medyczne), kluczowa rola koordynatorów wsparcia po stronie pomocy społecznej.
    3. Obowiązek ujęcia rozwoju i sposobu realizacji usług społecznych w Strategiach Rozwiązywania Problemów Społecznych i programach na rzecz osób z niepełnosprawnościami.
    4. Wprowadzenie standardu usług wspierających niezależne życie i rehabilitacji społecznej (analogicznie do standardu rehabilitacji medycznej).
    5. Zapewnienie wsparcia personelowi świadczącemu usługi społeczne (superwizja, szkolenia itp.).
    6. Środki Funduszu Pracy i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami na przygotowanie i finansowanie w samorządach i organizacjach pozarządowych:
       1. Kadr realizujących usługi społeczne.
       2. Standardów i jakości usług.
    7. Wprowadzenie mechanizmów zwiększających bezpieczeństwo klientów/-ek, w szczególności:
       1. Chroniących osoby nieletnie, kobiety i osoby z niepełnosprawnością intelektualną (na przykład wymóg niekaralności dla personelu).
       2. Zgłaszania i reagowania na przypadki nadużyć lub przemocy na linii osoba z niepełnosprawnością lub opiekun prawny osoby z niepełnosprawnością, lub osoba faktycznie wspierająca z jednej strony, a pracownik/-ca instytucji lub innego podmiotu świadczącego wsparcie – z drugiej.
    8. Niedublowanie działań w zakresie finansowania wyrobów medycznych z listy Ministerstwa Zdrowia z systemem zabezpieczenia społecznego, koncentracja działań po stronie systemu opieki zdrowotnej.
    9. Finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne osób chorujących psychicznie nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (analogicznie jak w przypadku osób bezdomnych) – często te osoby ze względu na chorobę psychiczną nie są w stanie pracować ani nawet ubiegać się o rentę, więc nie posiadają żadnego tytułu do ubezpieczenia.
    10. Monitoring i ewaluacja wsparcia na rzecz osób z niepełnosprawności, w tym jakości usług społecznych, za które dany samorząd jest odpowiedzialny, oraz jakości życia osób z niepełnosprawnościami   
        – z uwzględnieniem intersekcjonalnych przesłanek, w tym płci, wieku i miejsca zamieszkania (zwłaszcza tereny wsi i małych miast).
    11. Nadzór wojewody także nad: jakością usług społecznych świadczonych przez instytucje oraz zapewnieniem przez samorządy niezależnego życia osobom z niepełnosprawnościami.
    12. Systematyczne prowadzenie kompleksowych, niezależnych i niezapowiedzianych badań jakości życia oraz przestrzegania praw człowieka (w szczególności w: domach pomocy społecznej, rodzinnych domach pomocy, mieszkaniach wspomaganych).
  1. Ustawa Kodeks cywilny:
     1. Zastąpienie ubezwłasnowolnienia systemem wspieranego podejmowania decyzji. Wprowadzenie instytucji osoby wspierającej w korzystaniu ze zdolności do czynności prawnych, dla której sąd określa indywidualnie zakres spraw możliwego reprezentowania osoby z niepełnosprawnością (lub osoby, która z jakichkolwiek innych powodów ma trudności w korzystaniu ze zdolności do czynności prawnych). Wprowadzenie okresowości wsparcia.
     2. Wprowadzenie różnorodnych form oświadczeń woli opartych o definicje języka i komunikacji z Konwencji i ustawy o dostępności (dotyczy w szczególności komunikacji alternatywnej).
     3. Uchylenie przykładowych obecnych przesłanek nieważności czynności prawnych: „choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych”.
  2. Ustawa Kodeks rodzinny i opiekuńczy:
     1. Uchylenie względnego zakazu zawierania małżeństwa przez osobę z niepełnosprawnością.
     2. Wskazanie, że kurator dla osoby z niepełnosprawnością może ją reprezentować w sprawach określonych przez sąd (istotne szczególnie do czasu opracowania systemu wspieranego podejmowania decyzji w Kodeksie cywilnym).
     3. Zapobieganie ograniczaniu bądź pozbawianiu praw rodzicielskich tylko ze względu na niepełnosprawność.
     4. Dostępność informacji i procedur alimentacyjnych dla osób z niepełnosprawnościami oraz osób sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet z niepełnosprawnościami.
     5. Wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami oraz opiekunów prawnych osób z niepełnosprawnościami oraz osób faktycznie wspierających w kwestii ściągalności zasądzonych alimentów.
  3. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży:
     1. Zapewnienie realizacji praw reprodukcyjnych osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza kobiet z niepełnosprawnościami.
  4. Ustawa Kodeks pracy:
     1. Definicja racjonalnego dostosowania.
     2. Uprawnienia pracownicze przeniesione z ustawy o rehabilitacji…. Przeniesienia wymagają rozwiązania dotyczące obowiązku zapewnienia racjonalnego dostosowania, warunków pracy chronionej, dodatkowych urlopów, norm czasu pracy i dodatkowych przerw lub zwolnień, zasad powrotu do pracy po wypadku przy pracy lub chorobie zawodowej osób, u których w wyniku tych zdarzeń pojawiła się niepełnosprawność, zatrudniania osoby pomagającej w pracy pracownikowi/-cy z niepełnosprawnością. Liczne kontrowersje budzi obecny przywilej 7-godzinnego czasu pracy. Wiele osób postuluje jego usunięcie [\* punkt, który budził kontrowersje podczas konsultacji].
     3. Rozwiązanie prawne w zakresie zdolności do czynności prawnych umożliwiające podejmowanie pracy przez osoby ubezwłasnowolnione całkowicie. Dotyczy sytuacji prawnej do momentu likwidacji instrumentu ubezwłasnowolnienia (który ma zostać zastąpiony przez wspierane podejmowanie decyzji).
     4. Alternatywne do formy pisemnej formy dokonywania czynności prawnych i faktycznych w ramach prawa pracy dla osób z niepełnosprawnościami nie mogących pisać.
  5. Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:
     1. Zmiana definicji bezrobotnego, by obejmowała także osoby z niepełnosprawnościami (niepracujących rencistów).
     2. Uprawnienie dla osób z niepełnosprawnościami (niepracujących rencistów) do pobierania zasiłku dla bezrobotnych na takich samych zasadach jak osoby pełnosprawne.
     3. Wsparcie świadczonego przez publiczne służby zatrudnienia z obecnej ustawy o rehabilitacji…:
        1. Przeniesienie do niniejszej ustawy i ujednolicenie.
        2. Finansowanie przez Fundusz Pracy (a nie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami) jak w przypadku wszystkich uprawnionych.
     4. Dodatkowy bon dla osób z niepełnosprawnościami rozpoczynających zatrudnienie, tak zwany Bon na start – instrument zwiększający motywację do podjęcia pracy.
     5. Uelastycznienie środków będących w dyspozycji Powiatowych Urzędów Pracy (PUP-ów) na wyposażenie stanowiska pracy tak, aby były one dostępne dla pracodawcy „od ręki”, a także skrócenie okresu utrzymania stanowiska pracy do 12 miesięcy z uwagi na obserwowaną dużą rotację na rynku pracy.
     6. Wprowadzenie instytucji asystenta (asystenta pracy) dla pracowników/‑c z niepełnosprawnościami, finansowanego z  Funduszu Pracy z możliwością powierzania tej usługi organizacjom pozarządowym; opcjonalnie we współpracy PUP-u z ośrodkiem pomocy społecznej (OPS-em) – analogiczne rozwiązanie jak w przypadku Programu Aktywizacja i Integracja z ustawy (rozdział 12a).
     7. Wprowadzenie instrumentu zatrudnienia wspomaganego finansowanego z Funduszu Pracy, z możliwością powierzania go organizacjom pozarządowym.
     8. Wprowadzenie dodatkowych programów dla pracodawców związanych z zatrudnianiem osób z niepełnosprawnościami, w tym dla pracowników/-c działów HR , a także działania wspierające adaptację w miejscu pracy poprzez wsparcie zespołów pracowniczych na przykład w formie warsztatów, doradztwa, z możliwością powierzania ich organizacjom pozarządowym.
     9. Wprowadzenie mechanizmów ścisłej współpracy służb zatrudnienia z organizacjami pozarządowymi w celu wsparcia osób z niepełnosprawnościami – na przykład wykorzystanie programów specjalnych, w tym w celu testowania nowych instrumentów pracy.
     10. Wykorzystanie środków przeznaczonych na szkolenia dla pracowników publicznych służb zatrudnienia na działania wspierające wiedzę i kompetencje niezbędne do pracy z osobami z niepełnosprawnościami – wewnętrzny program dla publicznych służb zatrudnienia koordynowany przez Departament Rynku Pracy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
     11. Obowiązkowa realizacja Programu Aktywizacja i Integracja (rozdział 12a) przez każdy PUP co najmniej 1 raz w roku, ze szczególnym uwzględnieniem osób z niepełnosprawnościami przy wykorzystaniu mechanizmu powierzania zadań organizacjom pozarządowym.
     12. Wprowadzenie mechanizmów współpracy szkół podstawowych i ponadpodstawowych z publicznymi służbami zatrudnienia w celu zapewnienia doradztwa zawodowego i edukacyjnego oraz informacji o rynku pracy i kształtowaniu kariery na etapie wyboru ścieżki kształcenia.
  6. Oświata, w tym ustawa Prawo oświatowe:
     1. Definicja racjonalnego dostosowania.
     2. W przypadku wprowadzenia nowego systemu orzecznictwa (patrz propozycje dotyczące ustawy o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami, pkt 3 powyżej) konieczność dostosowania odesłań i definicji mówiących o uczniach z niepełnosprawnościami, w tym na przykład z art. 4 oraz rozporządzeń dotyczących kształcenia specjalnego. W przypadku utrzymania oddzielnego systemu orzekania dla celów edukacyjnych należy koniecznie dążyć do powiązania diagnozy z oceną funkcjonalną z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w ramach rozporządzenia w sprawie orzekania o specjalnych potrzebach edukacyjnych oraz potrzebie kształcenia specjalnego.
     3. Zmiana naliczania środków z dodatkowych wag subwencyjnych ze względu na niepełnosprawność, tak by naliczanie było powiązane z potrzebami dziecka i zabezpieczało odpowiedni poziom realizacji zadań, co wiąże się też z przekazywaniem ich do danej szkoły i placówki oświatowej – kwestia ta wykracza poza ustawę o systemie oświaty i jest powiązana z regulacjami z zakresu finansów publicznych i finansowania zadań JST.
     4. Rozbudowa funkcjonalności Systemu Informacji Oświatowej pozwalająca na prawidłowe wprowadzanie danych o niepełnosprawnościach sprzężonych i lepszy monitoring wsparcia uczniów z niepełnosprawnościami, w tym zajęć specjalistycznych i nauczania jeden na jeden (w szczególności po aktualnych zmianach w nauczaniu indywidualnym).
     5. Ustanowienie (na bazie istniejącej sieci szkół specjalnych, poradni, organizacji pozarządowych i placówek edukacyjnych) lokalnych centrów wsparcia edukacji włączającej oferujących rozbudowane poradnictwo, mediacje w przypadku konfliktu, szkolenia oraz materiały dydaktyczne dla szkół ogólnodostępnych. W szczególności zwrócenie uwagi na wsparcie tych szkół ogólnodostępnych, które po raz pierwszy przyjmują uczniów z niepełnosprawnościami.
     6. Likwidacja nierówności w wynagradzaniu nauczycieli ze szkół specjalnych i ogólnodostępnych pracujących z uczniem z niepełnosprawnością (dodatek za pracę w trudnych warunkach, to jest prowadzenie: zajęć dydaktycznych i wychowawczych w specjalnych przedszkolach (oddziałach), szkołach (oddziałach) specjalnych oraz indywidualnego nauczania dziecka zakwalifikowanego do kształcenia specjalnego – art. 34 Karta nauczyciela i stosowne rozporządzenie).
     7. Poszerzenie zakresu doradztwa zawodowego we wszystkich typach szkół dla uczniów z niepełnosprawnościami (począwszy od 7 klasy szkoły podstawowej) o specyfikę niepełnosprawności oraz możliwości aktywności społeczno‑zawodowej osób z niepełnosprawnościami.
     8. Rozbudowa wsparcia w okresie przejścia z edukacji na rynek pracy, obejmująca pracę z rodziną i przygotowanie indywidualnego planu usamodzielniania / aktywizacji zawodowej na wzór IPET-u (indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego) – wykracza poza działania edukacyjne i wymaga współpracy, np. z OPS-em (ośrodkiem pomocy społecznej) i PUP-em (powiatowym urzędem pracy) oraz organizacjami pozarządowymi specjalizującymi się w temacie.
     9. Zapewnienie usług zatrudnienia wspomaganego (jak trenera pracy) dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną na etapie praktyk / zajęć praktycznych i kończenia szkoły branżowej I stopnia lub szkoły specjalnej przyspasabiającej do pracy.
     10. Zniesienie godzinowych ograniczeń we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka (WWR) i możliwie szybkie wsparcie od momentu wykrycia zagrożenia niepełnosprawnością (profilaktyka) lub diagnozy, przemyślenie połączenia realizacji WWR w ramach systemu edukacji z systemem zdrowia (rozporządzenie w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci i plany połączenia systemów orzecznictwa).
     11. Objęcie odpowiednim modelem doradztwa zawodowego uczniów z zaburzeniami natury psychicznej i kognitywnej (współpraca na linii uczeń – rodzice / opiekunowie prawni – psycholog – doradca zawodowy).
     12. Zapewnienie wsparcia asystenckiego (z elementami usług opiekuńczych), realizowanego na podstawie ustawy o pomocy społecznej (patrz pkt 2.b.5 powyżej) na terenie szkoły, gdy jest to konieczne, a jeżeli takie rozwiązanie nie będzie mogło zostać wdrożone – zapewnienie usług asystenckich z elementami usług opiekuńczych w ramach systemu oświaty.
     13. Zwiększenie zaangażowania i roli pedagogów i psychologów szkolnych w zakresie lokalnego wspierania rodzin i dzieci (problemy wychowawcze, lekkie kryzysy psychiczne itd.).
     14. Uregulowanie na drodze rozporządzenia kwestii związanych z organizacją dowozu uczniów z niepełnosprawnościami, w tym definicji najbliższej placówki, warunków dowozu i opieki w jego trakcie, sposobu wyliczania kosztu dojazdu w przypadku jego realizacji przez rodzica.
     15. Wprowadzenie nauczania o prawach człowieka, równym traktowaniu i przeciwdziałaniu dyskryminacji od najwcześniejszych etapów edukacji w treściach nauczania różnych przedmiotów, w tym uwzględnienie perspektywy niepełnosprawności i płci. Wzmocnienie tej tematyki na późniejszych etapach edukacji.
  7. Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym:
     1. Wprowadzenie tematyki dostępności i uniwersalnego projektowania do standardów kształcenia i efektów kształcenia w szkolnictwie wyższym.
     2. Wprowadzenie obowiązkowych praktyk na studiach pedagogicznych, które obejmowałyby pracę z uczniem z niepełnosprawnością.
     3. Wprowadzenie do programu studiów podyplomowych i kursów z zarządzania oświatą problematyki edukacji włączającej i kształcenia specjalnego.
     4. Pozostawienie w gestii Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego i autonomii uczelni (z odpowiednimi mechanizmami monitoringu i ewaluacji) dotacji na stwarzanie warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia studentom, doktorantom z niepełnosprawnościami.
     5. Poszerzenie adresatów ww. dotacji o słuchaczy studiów podyplomowych z niepełnosprawnościami wraz z adekwatnym zwiększeniem wartości ww. dotacji oraz włączeniem tej grupy osób do algorytmu, według którego przyznaje się ww. dotację.
     6. Stosowanie 7 zasad wsparcia edukacyjnego zawartych w uchwale Prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich z 2 czerwca 2016 r. w sprawie wyrównywania szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnościami w dostępie do kształcenia w szkołach wyższych:
        1. Indywidualizacja.
        2. Podmiotowość.
        3. Rozwijanie potencjału osoby z niepełnosprawnością w związku z realizowanym przez nią procesem kształcenia.
        4. Racjonalne dostosowanie.
        5. Utrzymanie standardu akademickiego.
        6. Adaptacje najbliższe standardowemu przebiegowi zajęć.
        7. Równe prawa i obowiązki.
     7. Wprowadzenie dodatkowych punktów w parametryzacji uczelni i kierunków studiów za stworzenie osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesach kształcenia i prowadzenia działalności naukowej, w tym za dostosowanie tych procesów i zapewnienie odpowiednich usługa oraz dostosowanie infrastruktury uczelni – z uwzględnieniem zasad projektowania uniwersalnego i racjonalnego dostosowania.
     8. Włączenie do oceny okresowej pracowników/-c naukowo‑dydaktycznych oraz pracowników/-c dydaktycznych ich aktywności w obszarze stwarzania warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia osób z niepełnosprawnościami.
  8. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
     1. Zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej:
        1. Dostępność architektoniczna placówek medycznych.
        2. Dostępność gabinetów lekarskich / stanowisk terapeutycznych (w tym gabinetów ginekologicznych).
        3. Zapewnienie wsparcia w zakresie opieki ginekologicznej i okołoporodowej z uwzględnieniem potrzeb kobiet z niepełnosprawnościami dotyczących dostępności (architektonicznej, komunikacyjnej, informacyjnej itp.).
        4. Zniesienie limitów na świadczenia oraz odrębna lista oczekujących dla wczesnej rehabilitacji (wzorem pakietu onkologicznego), co oznacza olbrzymie korzyści społeczne oraz oszczędności po stronie finansów publicznych.
        5. Zwiększenie limitów na świadczenia związane z rehabilitacją medyczną, opieką długoterminową, paliatywną, w chorobach przewlekłych i psychiatrii.
        6. Finansowanie świadczeń telemedycznych ze środków publicznych.
        7. Zobowiązanie świadczeniodawców do wprowadzenia ułatwień w rejestracji pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych (jak przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych, e-mailowych, korespondencyjnych, z pomocą osoby wspierającej).
        8. Zmniejszenie limitu odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo‑leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub zakładzie rehabilitacji leczniczej do 50% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
        9. Niedublowanie działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności (prewencji rentowej) z systemem zabezpieczenia społecznego, koncentracja działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności po stronie systemu opieki zdrowotnej; zapewnienie odpowiednich środków w systemie.
        10. Ze względu na sposób finansowania część samorządów woli umieszczać swoich mieszkańców z niepełnosprawnościami w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL-ach), zamiast samemu zapewniać mieszkania wspomagane lub inne formy opieki całodobowej. Rozwaga w stosowaniu tej formy wsparcia:
            1. Uszczelnienie procedury kierowania do zakładów opiekuńczo‑leczniczych.
            2. Ograniczenie tendencji do tworzenia nowych zakładów opiekuńczo-leczniczych na rzecz rozwoju wsparcia w społeczności lokalnej.
        11. Wyodrębnienie świadczenia medycznego – wczesna interwencja   
            – jako wielospecjalistycznej, kompleksowej i ciągłej opieki nad małym dzieckiem z niepełnosprawnością i jego rodziną.
     2. Zwiększenie dostępności refundowanych wyrobów medycznych:
        1. Zwiększenie limitów kwotowych, by umożliwić korzystanie z dobrej jakości wyrobów medycznych (na przykład dobrych protez).
        2. Urealnienie i zwiększenie limitów ilościowych na środki higieniczne (jak pieluchomajtki, podkłady) – obecne limity są zaniżone.
        3. Zapewnienie usługi doboru wyrobu medycznego (jak wózek inwalidzki) oprócz refundacji samego wyrobu, podmiot doradzający przy wyborze ponosi odpowiedzialność (obecnie najczęściej sprzęt dobierają dystrybutorzy, którzy kierują się własnym zyskiem, w efekcie potrzeby pacjentów nie są realizowane, a środki publiczne są wydawane nieefektywnie).
        4. Podstawa do wystąpienia o nowy wyrób medyczny (jak wózek inwalidzki itp.) to stopień zniszczenia, zmiana aktywności, potrzeb rozwojowych itp., a nie wyłącznie czas.
        5. Przy ubieganiu się o nowy wyrób medyczny, dla którego istnieje rynek wtórny, obowiązek zwrotu poprzedniego (by uniknąć spekulacji).
        6. Niedublowanie działań w zakresie finansowania wyrobów medycznych z listy Ministerstwa Zdrowia z systemem zabezpieczenia społecznego, koncentracja działań po stronie systemu opieki zdrowotnej; zapewnienie odpowiednich środków w systemie.
     3. Zwiększenie jakości opieki zdrowotnej:
        1. Ustawienie celu systemu opieki zdrowotnej na osiągnięcie efektu (wyleczenie, rehabilitacja), a nie oferowanie świadczeń (obecnie kontraktuje się świadczenia, a nie ich efekty).
        2. Wprowadzenie standardów rehabilitacji medycznej (analogicznie jak dla standardów rehabilitacji społecznej).
        3. Standaryzacja dokumentacji medycznej (między innymi na potrzeby procesu orzeczniczego).
        4. Wprowadzenie mechanizmu badania jakości świadczeń opieki zdrowotnej, zwłaszcza w oparciu o badanie opinii pacjentów.
        5. Systematyczne prowadzenie kompleksowych, niezależnych i niezapowiedzianych badań jakości życia oraz przestrzegania praw człowieka (w szczególności w zakładach opiekuńczo-leczniczych).
     4. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi wsparcie (jak ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, placówki medyczne), w tym z koordynatorem wsparcia po stronie pomocy społecznej.
     5. Znaczące dofinansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przyjmowanych stale lub w chorobach przewlekłych.
  9. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (oraz ustawy powiązane):
     1. Deinstytucjonalizacja usług świadczonych w psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży:
        1. Zmiana paradygmatu i logiki interwencji, polegających na realizacji potrzeb – związanych ze zdrowieniem – osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, w tym odzyskaniu przez nich samosterowności (na przykład samoświadomości potrzeb własnych) i sieci relacji społecznych. System wsparcia (organizacja i finansowanie) powinien umożliwiać profesjonalistom zindywidualizowane podejście do osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.
        2. Znaczące zwiększenie nakładów finansowych na usługi psychiatryczne świadczone w środowisku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (usługi środowiskowe), z progresywnym zmniejszaniem nakładów na opiekę instytucjonalną (w szczególności na szpitale psychiatryczne).
        3. Wsparcie procesu przechodzenia przez deinstytucjonalizację dla personelu istniejących podmiotów usług na rzecz zdrowia psychicznego.
        4. Odejście w leczeniu psychiatrycznym od opłaty za usługę na rzecz systemów finansowania wspierających indywidualizację procesów terapeutycznych w środowisku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, np. stawka *per capita*.
        5. Wprowadzenie skoordynowanych świadczeń, które pozwolą na kompleksowe podejście do diagnozy i wsparcia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.
        6. Wspieranie rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego na poziomie powiatów jako sieci podmiotów lub autonomicznego podmiotu koordynującego wsparcie dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (w proporcji maksymalnie 1 na 150 tys. mieszkańców).
        7. Większy nacisk na tworzenie oddziałów psychiatrycznych ogólnych, całodobowych jak najbliżej osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, na przykład przy szpitalach powiatowych, wielospecjalistycznych.
        8. Systematyczne prowadzenie kompleksowych, niezależnych i niezapowiedzianych badań jakości życia oraz przestrzegania praw człowieka (w szczególności w szpitalach psychiatrycznych).
     2. Wdrożenie procedur i standardów współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ramach usług koordynowanych.
     3. Prawne dopuszczenie i angażowanie w proces terapeutyczny sieci oparcia społecznego (rodziny, bliskich) osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, w tym włączenie instruktorów zdrowienia w system usług na rzecz zdrowia psychicznego.
     4. Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób chorujących psychicznie nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (analogicznie jak w przypadku osób bezdomnych) – często osoby te ze względu na chorobę psychiczną nie są w stanie pracować ani nawet ubiegać się o rentę, więc nie posiadają żadnego tytułu do ubezpieczenia; finansowanie składek w ramach pomocy społecznej.
     5. Wydzielenie środków na koordynację wsparcia dla niepełnoletnich osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich rodzin w środowisku (przede wszystkim zorganizowanie współpracy z placówkami oświatowymi).
     6. Wprowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych (w tym przeciwdziałanie dyskryminacji i stygmatyzacji) dla społeczności lokalnych. Działania profilaktyczne powinny uwzględniać różne grupy, w tym rodziny, szkoły oraz instytucje publiczne (administracja samorządowa, policja itp.).
     7. Zwiększenie w społeczności lokalnej świadomości dotyczącej zdrowia psychicznego i kryzysów psychicznych.
  10. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
      1. Dostęp do informacji o stanie zdrowia, w tym reprodukcyjnego, z uwzględnieniem potrzeb wynikających ze specyfiki konkretnej niepełnosprawności oraz w formie dostępnej dla osób z niepełnosprawnościami.
  11. Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych:
      1. Pełna dostępność zakładów lecznictwa uzdrowiskowego dla osób z niepełnosprawnościami. Okres przejściowy: 5 lat.
      2. Status uzdrowiska oraz obszaru ochrony uzdrowiskowej wyłącznie po przedstawieniu pozytywnego audytu dostępności w zakresie stosowania rozwiązań zgodnych z zasadami projektowania uniwersalnego i racjonalnego dostosowania. Okres przejściowy: 3 lata.
      3. Obowiązek dla uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej raz na 5 lat opracowania (lub aktualizacji) i upublicznienia informacji dotyczącej zakresu dostępności obiektów użyteczności publicznej i przestrzeni publicznych z uwzględnieniem zasad projektowania uniwersalnego i racjonalnego dostosowania. Okres przejściowy: 3 lata.
      4. Zmiany w akcie wykonawczym w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego:
         1. Usunięcie przeciwwskazań uniemożliwiających osobom z niepełnosprawnościami korzystanie z leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, obecnie w szczególności „niezdolność do samodzielności” czy padaczka mogą eliminować z tej formy leczenia i rehabilitacji.
         2. Przeciwnie – potrzeba wsparcia w zakresie samodzielności powinna być przesłanką do ustanowienia adekwatnych środków wsparcia, na przykład usług asystenckich, odpowiednich warunków lokalowych, w tym dostępności architektonicznej, alternatywnych sposobów komunikowania się.
         3. Zniesienie ograniczeń wiekowych w dostępie do leczenia uzdrowiskowego w przypadku osób dorosłych zdiagnozowanych w dzieciństwie w kierunku dziecięcego porażenia mózgowego (obecnie wskazanie tylko dla pacjentów do 18 roku życia).
  12. Ustawa o świadczeniach rodzinnych:
      1. Równe traktowanie opiekunów prawnych dorosłych osób z niepełnosprawnościami (i osób faktycznie wspierających) z możliwością różnicowania w oparciu o obiektywne kryteria odnoszące się do oceny całokształtu sytuacji osoby z niepełnosprawnością   
         – wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 21 października 2014 r., sygn. akt K 38/13.
      2. Umożliwienie opiekunom osoby z niepełnosprawnością łączenia pracy i świadczenia finansowego z tytułu utraty lub obniżenia dochodów związanych ze sprawowaniem opieki.
      3. Uwzględnienie sytuacji opiekunów osób z niepełnosprawnościami korzystających ze świadczeń emerytalno-rentowych, w tym z wcześniejszych emerytur – niższych od świadczenia pielęgnacyjnego. Posiadanie prawa do takiego świadczenia wyklucza nabycie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, zarazem ustawa nie przewiduje żadnego innego adekwatnego świadczenia lub innego rozwiązania w związku z nadal sprawowaną opieką.
      4. Do czasu wprowadzenia świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności (o którym mowa powyżej w pkt. dotyczącym zmian w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) znaczące podwyższenie i stała waloryzacja zasiłku pielęgnacyjnego.
  13. Ustawa Prawo budowlane lub ustawa Kodeks urbanistyczno‑budowlany (dotyczy planowanego projektu ustawy o tej nazwie):
      1. Definicja uniwersalnego projektowania.
      2. Standardy dostępności.
      3. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3.  
         Obowiązek zapewnienia w przypadku budownictwa wielorodzinnego, że:
         1. Co najmniej 20% lokali mieszkalnych będzie dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
         2. Pozostałe będą łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego. Rozumie się przez to w szczególności, że adaptacja nie wymagałaby zmian układu pomieszczeń i zmian podłączenia do instalacji sanitarnych.
      4. Efektywność dostępności – wdrażanie najbardziej efektywnych pod kątem dostępności rozwiązań przestrzennych.
      5. Udział osób z niepełnosprawnościami w procesie planowania i realizacji inwestycji jako obowiązkowy element partycypacji społecznej.
      6. Funkcja kontrolna organizacji pozarządowych oraz samorządowych pełnomocników ds. dostępności – *Access Officerów* (z ustawy o dostępności).
      7. Rozszerzenie przedmiotu kontroli okresowych budynków o badanie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
      8. Obowiązek sporządzania świadectwa charakterystyki efektywności dostępności dla budynków.
      9. Obowiązek umieszczania w książce obiektu budowlanego informacji o dostępności budynku.
  14. Ustawa o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego:
      1. Zapewnienie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami procedur dotyczących lokali komunalnych i socjalnych (zasięgania informacji, ubiegania się, składania innych wniosków itp.).
      2. Zbieranie informacji o (parametrach) dostępności dla osób z niepełnosprawnościami mieszkaniowego zasobu gminy.
      3. Wprowadzenie mechanizmu zamiany mieszkań w ramach zasobu mieszkaniowego gminy (z niedostępnego na dostępne, zmiana metrażu itp.).
      4. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Zaś wśród osób zagrożonych ubóstwem udział ten może sięgnąć 50% społeczeństwa.  
         Obowiązek zapewnienia, że:
         1. W przypadku remontowanych lokali w zasobie mieszkaniowym gminy:
            1. Co najmniej 20% będzie dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
            2. Co najmniej 30% będzie łatwo adaptowalnych do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego. Rozumie się przez to w szczególności, że adaptacja nie wymagałaby zmian układu pomieszczeń i zmian podłączenia do instalacji sanitarnych.
         2. W przypadku nowych lokali w zasobie mieszkaniowym gminy:
            1. Co najmniej 20% będzie dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
            2. Pozostałe będą łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego. Rozumie się przez to w szczególności, że adaptacja nie wymagałaby zmian układu pomieszczeń i zmian podłączenia do instalacji sanitarnych.
  15. Ustawa o Krajowym Zasobie Nieruchomości:
      1. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Zaś wśród osób mniej zamożnych udział ten może sięgnąć 50% społeczeństwa.  
         Zobowiązanie, by w przypadku mieszkań (na wynajem) budowanych z wykorzystaniem nieruchomości z Krajowego Zasobu Nieruchomości (jak w programie Mieszkanie+):
         1. Co najmniej 20% było dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
         2. Pozostałe były łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego. Rozumie się przez to w szczególności, że adaptacja nie wymagałaby zmian układu pomieszczeń i zmian podłączenia do instalacji sanitarnych.
  16. Ustawa o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego:
      1. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Zaś wśród osób mniej zamożnych udział ten może sięgnąć 50% społeczeństwa.  
         Zobowiązanie, by w przypadku mieszkań budowanych przez towarzystwa budownictwa mieszkaniowego:
         1. Co najmniej 20% było dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
         2. Pozostałe były łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego. Rozumie się przez to w szczególności, że adaptacja nie wymagałaby zmian układu pomieszczeń i zmian podłączenia do instalacji sanitarnych.
  17. Ustawa o rewitalizacji:
      1. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3.  
         Zobowiązanie, by w przypadku co najmniej 20% budowanych, remontowanych, przekształcanych itp. mieszkań w ramach rewitalizacji było dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami lub było łatwo adaptowalnych do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Rozumie się przez to w szczególności, że adaptacja nie wymagałaby zmian układu pomieszczeń i zmian podłączenia do instalacji sanitarnych.
      2. Zobowiązanie, by co najmniej 3% budowanych, remontowanych, przekształcanych itp. mieszkań w ramach rewitalizacji stanowiły mieszkania wspomagane.
      3. Udział osób z niepełnosprawnościami w procesie planowania i realizacji procesu rewitalizacji jako obowiązkowy element partycypacji społecznej.
      4. Ocena programów rewitalizacji oraz modernizowanych i powstających przestrzeni i obiektów przez samorządowych pełnomocników ds. dostępności – *Access Officerów* (zgodnie z ustawą o dostępności) lub (do czasu jej wprowadzenia) niezależnych ekspertów w zakresie projektowania uniwersalnego i racjonalnego dostosowania.
  18. Ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego:
      1. System powiadamiania alarmowego dla osób głuchych, niemówiących i użytkowników komunikacji alternatywnej.
  19. Ustawa o informatyzacji podmiotów realizujących zadania publiczne, rozporządzenie o Krajowych Ramach Interoperacyjności…:
      1. Likwidacja wyłączeń z poziomu AA WCAG 2.0.
      2. Harmonizacja z Dyrektywą o dostępności publicznych stron internetowych i z Europejskim aktem w sprawie dostępności (*European Accessibility Act*).
  20. Ustawa o języku migowym i innych środkach komunikowania się (dalej: ustawa o języku migowym…):
      1. Przeniesienie do ustawy o dostępności regulacji dotyczących komunikowania się wszystkich osób doświadczających trudności w komunikowaniu się.
      2. Pozostawienie regulacji dotyczących języka migowego oraz osób głuchych / Głuchych.
      3. Rozszerzenie listy podmiotów zobowiązanych o wszystkie podmioty i jednostki świadczące usługi w zakresie opieki zdrowotnej.
  21. Ustawa o transporcie publicznym:
      1. Dostępny tabor przewoźników.
      2. Obowiązek wprowadzenia w korporacjach świadczących usługi przewozowe (korporacje i zrzeszenia taksówkowe) co najmniej 5% pojazdów dostosowanych do przewozu pasażerów wymagających wsparcia w mobilności i percepcji, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.
      3. Standardy dostępności dla pojazdów przewożących więcej niż 9 osób.
  22. Ustawa Prawo telekomunikacyjne:
      1. Ekwiwalent usługi telefonicznej dla osób głuchych, niemówiących i użytkowników komunikacji alternatywnej (zgodnie z dyrektywą o usłudze powszechnej):
         1. Wprowadzenie ogólnopolskiej usługi *Video Relay Service* (VRS), tak zwanego centrum pośredniczącego/tłumaczeniowego, które za pomocą wideotelefonów lub komunikatorów internetowych, będzie pośredniczyło w komunikacji, na przykład w załatwianiu spraw w urzędach, u lekarza, pomocy społecznej, sprawach mieszkaniowych, dotyczących zatrudnienia, osobistych itp.
         2. Usługa VRS realizowana w trybie zlecenia zadania publicznego przez podmiot publiczny organizacji pozarządowej.
         3. Zobowiązanie telekomów do włączenia VRS do swojej oferty usług telefonicznych, odpłatność jak w przypadku zwykłych usług telefonicznych.
  23. Ustawa Prawo bankowe:
      1. Obowiązek dostępności dla serwisów bankowych, w tym internetowych. Okres dostosowawczy: 3 lata.
      2. Obowiązek dostosowania bankomatów zgodnie z projektowaniem uniwersalnym. Okres dostosowawczy: 10 lat.
      3. Harmonizacja z Europejskim aktem w sprawie dostępności (*European Accessibility Act*).
  24. Ustawa o radiofonii i telewizji:
      1. Zwiększenie progów dostępnych programów telewizyjnych do:
         1. 100% dla napisów dla niesłyszących,
         2. 50% dla tłumaczeń na polski język migowy,
         3. 50% dla audiodeskrypcji.
      2. Przeniesienie ww. regulacji z rozporządzenia do ustawy.
      3. Harmonizacja z Europejskim aktem w sprawie dostępności (*European Accessibility Act*).
  25. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej:
      1. Nowelizacja art. 62 – skreślenie regulacji o pozbawieniu praw wyborczych osób ubezwłasnowolnionych (postulat powiązany z rekomendacją zastąpienia ubezwłasnowolnienia systemem wspieranego podejmowania decyzji).
  26. Ustawa Kodeks wyborczy:
      1. Możliwość pełnienia funkcji wójta, burmistrza, prezydenta miasta przez osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji (na mocy wcześniejszych przepisów orzeczniczych), co obecnie nie jest możliwe. Odrębna procedura stwierdzenia braku możliwości wykonywania ww. funkcji – analogiczna jak w przypadku sędziów.
      2. Zwiększenie dostępności lokali wyborczych:
         1. Wprowadzenie wymogów dotyczących dostępności otoczenia lokalu wyborczego.
         2. Zapewnienie dojazdu do lokali wyborczych dla osób z ograniczoną mobilnością.
         3. Kontrole dostępności lokali wskazanych przez gminę jako dostępne prowadzone przez Państwową Komisję Wyborczą na 2 miesiące przez terminem wyborów.
      3. Zwiększenie dostępności procedur głosowania:
         1. Zmiana terminu zgłaszania chęci głosowania korespondencyjnego z 21 na 15 dni.
         2. Zapewnienie informacji wyborczej w języku łatwym do czytania i zrozumienia.
         3. Wprowadzenie głosomatów (urządzeń, które będą wypełniać karty do głosowania, chodzi o urządzenia niepodłączone do sieci transmisji danych, które będą w lokalu wyborczym „produkować” fizyczne, wypełnione karty). Chodzi o równe szanse między innymi osób o ograniczonej sprawności manualnej.
  27. Ustawa o samorządzie gminnym:
      1. Zapewnienie ułatwień w głosowaniu w wyborach do jednostek pomocniczych gminy (Rad Osiedli, Rad Sołeckich, Sołtysów), analogicznych do tych, jakie przewiduje ustawa Kodeks wyborczy.
      2. Zobowiązanie, by po 2027 r. posiedzenia rad gminy odbywały się wyłącznie w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: 10 lat.
  28. Ustawa o samorządzie powiatowym:
      1. Zobowiązanie, by posiedzenia rad powiatu odbywały się wyłącznie w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: 10 lat.
  29. Ustawa o samorządzie wojewódzkim:
      1. Zobowiązanie, by posiedzenia rad sejmiku wojewódzkiego odbywały się wyłącznie w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: 10 lat.
  30. Ustawa o wykonywaniu mandatu posła i senatora:
      1. Zobowiązanie, by biura poselskie i senatorskie znajdowały się w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: najbliższe wybory odpowiednio do Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej oraz Parlamentu Europejskiego.
      2. Zapewnienie przez biura poselskie i senatorskie możliwości (po wcześniejszym zgłoszeniu) porozumiewania się przy pomocy tłumacza polskiego języka migowego lub osoby znającej metody komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (AAC) – wystarczy wykorzystać zdalną usługę, których wiele jest obecnych na rynku.
  31. Ustawa o partiach politycznych:
      1. Dostępność stron internetowych partii otrzymujących subwencje   
         – zgodnie ze standardem WCAG 2.0.
  32. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie:
      1. Dodanie zapisu o przeciwdziałaniu przemocy wobec osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet z niepełnosprawnościami.
      2. Dodanie definicji dyskryminacji krzyżowej i określenie wszystkich przesłanek.
      3. Dostosowanie wsparcia, działań profilaktycznych i edukacyjnych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet z niepełnosprawnościami.
      4. Dostosowanie ośrodków dla ofiar przemocy do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet z niepełnosprawnościami.
      5. Minimalizacja wymogów biurokratycznych w dostępie do wsparcia.
      6. Zapewnienie dostępności procedury „Niebieskie Karty”.
      7. Uwzględnienie niepełnosprawności w procedurze „Niebieskie Karty”.
      8. Włączenie do oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie wsparcia psychologicznego w celu korygowania szkodliwych postaw, przekonań i wzorców postępowania.
      9. Zapewnienie możliwości zgłaszania i otrzymania wsparcia w sytuacji doświadczania przemocy w formach dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym w polskim języku migowym i języku łatwym do czytania i rozumienia.
      10. Prowadzenie badań na temat przemocy wobec osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet z niepełnosprawnościami, w tym szczególnie dotyczących przyczyn niezgłaszania incydentów przemocy, w tym przemocy seksualnej.
      11. Monitoring i ewaluacja przestrzegania przez Polskę Dyrektywy o ofiarach przestępstw oraz Konwencji o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej.
  33. Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania:
      1. Wprowadzenie definicji dyskryminacji zgodnej z art. 2 Konwencji, czyli uwzględniającej również dyskryminację poprzez odmowę racjonalnego dostosowania.
      2. Wprowadzenie definicji dyskryminacji przez asocjację, to jest poprzez utożsamienie podmiotu z jakąś cechą prawnie chronioną (ważne dla rodziców, postrzeganych przez społeczeństwo przez pryzmat niepełnosprawności swoich dzieci), dyskryminacji wielokrotnej (ważne szczególnie dla kobiet z niepełnosprawnościami) oraz przez asumpcję.
      3. Rozszerzenie ochrony przed dyskryminacją ze względu na niepełnosprawność w zakresie dostępu do: usług, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, oświaty i szkolnictwa wyższego.
  34. Ustawa o statystyce publicznej:
      1. Zapewnienie prowadzenia badań ilościowych i jakościowych dotyczących niepełnosprawności, w szczególności jakości życia i jakości wsparcia osób z niepełnosprawnościami, doświadczania przemocy – z intersekcjonalnych przesłanek, w tym płci, wieku i miejsca zamieszkania (zwłaszcza tereny wsi i małych miast).
      2. Zapewnienie w składzie Rady Statystyki (między innymi ustalającej corocznie projekt programu badań statystycznych) przedstawicielki lub przedstawiciela Krajowej Rady Konsultacyjnej ds. Osób z Niepełnosprawnościami.
  35. Ustawa Prawo zamówień publicznych:
      1. Ściślejsza kontrola przepisów pod kątem stosowania klauzul społecznych.
      2. Obowiązek stosowania klauzul społecznych przez podmioty publiczne w stosunku do 30% zamówień.
  36. Ustawa Kodeks postępowania cywilnego:
      1. Definicja racjonalnego dostosowania w dostępie do sądu.
      2. Umożliwienie organizacjom pozarządowym wytaczania powództw z zakresu równości oraz niedyskryminacji bez zgody osoby dyskryminowanej. Dotyczy to sytuacji, gdy w interesie osób z niepełnosprawnościami organizacja pozarządowa występuje w sprawach o dyskryminację w różnych okolicznościach życia społecznego (na przykład publiczne wypowiedzi dyskryminujące osoby z niepełnosprawnością intelektualną).
      3. Zdolność do bycia świadkiem przez osoby z niepełnosprawnościami, w tym świadkiem podczas sporządzania testamentu.
      4. Wsparcie dla uczestnika postępowania – osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną – poprzez umożliwienia skorzystania z pełnomocnika z urzędu nie tylko ze względu na sytuacją majątkową.
  37. Ustawa Kodeks postępowania karnego:
      1. Definicja racjonalnego dostosowania.
      2. Zdolność do bycia świadkiem przez osoby z niepełnosprawnościami.
      3. Wsparcie dla uczestnika postępowania, zwłaszcza pokrzywdzonego   
         – osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną   
         – poprzez umożliwienie skorzystania z pełnomocnika z urzędu nie tylko ze względu na sytuację majątkową.
  38. Ustawa Kodeks karny:
      1. Karanie przestępstw motywowanych uprzedzeniami (nienawiścią) ze względu na niepełnosprawność.
  39. Ustawa Prawo o notariacie:
      1. Wprowadzenie możliwości skorzystania z opinii biegłego w czynnościach z udziałem osoby z niepełnością intelektualną lub psychiczną lub użytkownika komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (AAC).
  40. Ustawa postępowania administracyjnego:
      1. Definicja racjonalnego dostosowania.
  41. Wiele ustaw:
      1. Zamiana istniejącej terminologii na zgodną z Konwencją:
         1. „osoba niepełnosprawna” na „osoba z niepełnosprawnością”,
         2. „inwalidztwo” na „niepełnosprawność” (konieczne zmiany art. 67 Konstytucji),
         3. „kalectwo” na „niepełnosprawność”,
         4. „inwalida” na „osoba z niepełnosprawnością”, propozycja nie dotyczy terminu „inwalida wojenny”,
         5. „upośledzenie umysłowe” na „niepełnosprawność intelektualna”,
         6. „niedorozwój umysłowy” na „niepełnosprawność intelektualna”,
         7. „osoba chora psychicznie” na „osoba chorująca psychicznie”,
         8. „osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji” na „osoba wymagająca bardziej intensywnego wsparcia” lub „osoba wymagająca całodobowego wsparcia”.

## Ustawa o dostępności

1. Cel: ustawa ma stworzyć ramy prawne dla efektywnego wdrażania dostępności architektonicznej, transportowej, informacyjnej i komunikacyjnej w Polsce. Wdraża art. 9 Konwencji.
2. Definicje:
3. Komunikacja (uwzględnienie PJM, AAC, SJM, Lorma, brajla itp., języka łatwego do zrozumienia, pisma obrazkowego).
4. Język.
5. Dostępność architektoniczna.
6. Dostępność transportowa.
7. Dostępność informacji.
8. Dostępność komunikacji.
9. Dostępność usług.
10. Dostępność produktów.
11. Uniwersalne projektowanie.
12. Racjonalne dostosowanie.
13. Zakres podmiotowy:
14. Podmioty realizujące zadania publiczne, w tym administracja centralna i samorządowa, agencje i fundusze, jednostki budżetowe, fundacje Skarbu Państwa i z jego udziałem.
15. Podmioty, którym powierzono realizację zadań publicznych, w tym przedsiębiorstwa i organizacje pozarządowe.
16. Podmioty działające w sferach: edukacji, opieki nad dziećmi, opieki zdrowotnej, kultury, dziedzictwa narodowego, sportu i turystyki.
17. Podmioty realizujące usługi o charakterze powszechnym, w tym:
    * 1. bankowe,
      2. ubezpieczeniowe,
      3. telekomunikacyjne,
      4. dostarczania energii elektrycznej, ciepła, wody, gazu itp.
      5. odprowadzania ścieków, odbioru śmieci i odpadów;
      6. pocztowe i kurierskie;
      7. transportu i przewozu osób,
18. Podmioty prowadzące sprzedaż detaliczną przez Internet.
19. Zasady dostępności:
20. Usługi dla klientów/-ek świadczone są w miejscach dostępnych architektonicznie.
21. Przewoźnicy zapewniają dostępny tabor oraz wsparcie dla pasażerów wymagających wsparcia w mobilności lub percepcji.
22. Strony internetowe, aplikacje mobilne i stacjonarne, multimedia i dokumenty elektroniczne spełniają wymagania zawarte w WCAG 2.0 na poziomie przynajmniej AA.
23. Komunikacja:
24. Obowiązek zapewnienia w zakresie komunikacji: komunikacji w polskim języku migowym, komunikacji w języku łatwym do czytania i zrozumienia, transkrypcji tekstowej, informacji w alfabecie Braille’a oraz alternatywnej i wspomagającej komunikacji (AAC).
25. Przeniesienie z ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się regulacji dotyczących komunikowania się wszystkich osób doświadczających trudności w komunikowaniu się.
26. Prawo wstępu osób z niepełnosprawnościami wraz ze zwierzęciem asystującym do obiektów podmiotów zobowiązanych, parków narodowych i rezerwatów przyrody oraz na plaże i kąpieliska:
27. Przeniesienie z ustawy o rehabilitacji… regulacji dotyczących prawa wstępu dla osób z niepełnosprawnościami wraz z psem asystującym.
28. Regulacje dla osób z niepełnosprawnościami wraz z innymi zwierzętami asystującymi.
29. Dostępność realizowana przez stosowanie rozwiązań zgodnych z koncepcją projektowania uniwersalnego, w sposób umożliwiający realizację równoprawnego i niezależnego dostępu wszystkich osób, w tym osób z niepełnosprawnościami, do środowiska zabudowanego, transportu, informacji, komunikacji, produktów i usług na równych zasadach z innymi użytkownikami.
30. Powołanie Urzędu do spraw Dostępności przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (na wzór amerykańskiego *Access Boardu*).
31. Kierownik urzędu jest członkiem Rady Ministrów.
32. Cele urzędu:
33. Tworzenie standardów technicznych związanych z dostępnością.
34. Upowszechnianie zasad i standardów dostępności poprzez wydawanie publikacji, prowadzenie szkoleń, organizowanie konferencji i seminariów,
35. Inicjowanie, prowadzenie i finansowanie badań.
36. Doradztwo i poradnictwo.
37. Przyjmowanie skarg, prowadzenie kontroli i nakładanie kar.
38. Wydawanie opinii, zaleceń, w tym rekomendacji zmian prawnych, oraz decyzji.
39. Komisje eksperckie powoływane dla zrealizowania konkretnego celu.
40. Rada do spraw dostępności.
41. Powoływana przy Urzędzie ciało doradcze.
42. W jej skład wchodzą:
43. Przedstawicielki i przedstawiciele administracji centralnej i samorządowej w liczbie 5 osób.
44. Przedstawicielki i przedstawiciele środowiska osób z niepełnosprawnościami, reprezentującymi przynajmniej niepełnosprawność wzroku, słuchu, ruchu, intelektualną w liczbie 5.
45. Ekspertki i eksperci, w tym z uczelni wyższych i przedsiębiorstw, w liczbie 5.
46. Strategia na rzecz dostępności.
47. Urząd do spraw dostępności tworzy dokument strategiczny na temat dostępności. Strategia przedkładana jest do zatwierdzenia Prezesowi Rady Ministrów.
48. Strategia określa cele i działania, wskaźniki, podmioty odpowiedzialne oraz terminy realizacji.
49. Urząd co roku przygotowuje sprawozdania z realizacji strategii.
50. Pełnomocnicy na poziomie samorządów (na wzór amerykańskiego rozwiązania *Access Officerów*).
51. Samorządy województw, powiatów i gmin powołują pełnomocników do spraw dostępności.
52. Uprawnienia pełnomocników ds. dostępności dotyczą między innymi inicjowania i współtworzenia strategii na rzecz dostępności, uzgadniania projektów w zakresie dostępności i zgłaszania naruszeń w zakresie dostępność do Urzędu do spraw Dostępności.
53. Rząd i samorządy opracowują strategie na rzecz dostępności.
54. Sankcje.
55. Urząd ds. dostępności może nakładać kary finansowe na podmioty zobowiązane, jeżeli nie realizują zapisów ustawy. Kary do 1 miliona złotych lub 10% rocznych przychodów. Kary są przekazywane na fundusz dostępności, z którego finansowane są badania, szkolenia i inne działania związane z upowszechnianiem dostępności.
56. Osoby fizyczne mogą składać skargi do sądów cywilnych z roszczeniem w wysokości do 1 miliona złotych.

Rzeczy, które nie znajdą się w projektowanych ustawach:

1. Usunięcie błędów z oficjalnego tłumaczenia Konwencji. To wymaga trybu sprostowania.